ROK 1929.
TOM VIII.

STYCZEŃ—LUTY—MARZEC
ZESZYT I.

KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH
W WARSZAWIE

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA

WARSZAWA 1929

Rok VIII. Warszawa, Styczeń-Luty-Marzec 1929 r. Nr. 1.

KWARTALNIK KLINICZNY
SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE
WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA



EDWARD FLATAU

Ordynator oddziału chorób nerwowych.

Kwartalnik Kliniczny rozpoczyna rok ósmy wydawnictwa pod dobrą wróżbą.

Jest to bowiem w roku jubileuszowym członka-założyciela Komitetu Redakcyjnego Dr. Edwarda Flatau, który w pełni sił twórczych obchodził w marcu r. b., w zaciszu domowem, 35-lecie działalności lekarskiej i naukowej, a 27-lecie pracy na odpowiedzialnem stanowisku kierownika jednego z 2 oddziałów nerwowych Szpitala.

Edward Flatau, po zaszczytnem złożeniu egzaminu kon-





kursowego, staje odrazu w szeregu najwybitniejszych lekarzy Szpitala. Dzięki niepospolitej energji i wiedzy wybija się niebawem na plan pierwszy, aby skupić w jedno wysiłek pracy poszczególnych oddziałów, aby tworzyć stałe ognisko polskiej nauki lekarskiej w Szpitalu. Niezwykłe napięcie pracy Flataua, Jego talent organizacyjny, wiara w potrzebę nieustannego pogłębiania i szerzenia wiedzy, jako podwaliny dobra publicznego, stają się odtąd dźwignią poczynań jego w życiu naukowem Szpitala. W dążeniu do zamierzonego celu wszyscy mu tu śpieszą z pomocą. Młodzież garnie się do warsztatu pracy naukowej, który mocno u podstaw i na miarę zachodnioeuropejską tworzy. Bierze sam i ze swymi współpracownikami najbardziej czynny udział w posiedzeniach naukowych. Z niezwykłą intuicją wyodrębnia cechy odmienne uzdolnień poszczególnych współpracowników i usiłuje zespolić je dla całokształtu działalności naukowej oddziału.

Wraz z Bregmanem tworzy w Szpitalu pierwszorzędną w kraju placówkę dla badań klinicznych, neurologicznych. Jest współtwórcą najczynniejszym oddzielnego pawilonu dla chorych nerwowych i pierwszego w kraju specjalnego oddziału fizjoterapeutycznego. Do celu tego dąży z uporem szlachetnym i przezwycięża przeszkody czasów zaboru.

Tworzy szkołę. Ale się nie zasklepia w jednej metodzie badań. Śpieszy za postępem całej wiedzy lekarskiej. Szybko uznaje pierwszorzędne znaczenie najnowszych badań biologicznych i zagadnień biochemicznych dla kliniki neurologicznej. Jako kierownik oddziału, ujawnia pierwszorzędny dar pedagogiczny; u łoża chorego pozostaje zawsze wyrozumiałym, skromnym, współtowarzyszem pracy oddziałowej. Ogłasza przeszło 70 prac naukowych o wysokiej, trwałej wartości dla skarbnicy wiedzy; z nich przeszło 40 powstało w okresie działalności w Szpitalu na Czystem.

Ta niezwykle owocna i płodna dla kraju praca, czerpiąca soki żywotne z głębokiej wiary w zwycięski genjusz ludzki, stała się dla koła pierwszych, najbliższych współpracowników Jego pobudką do wydania w r. b. Księgi Jubileuszowej Edwarda Flataua,[1]) w czem udział wzięło wielu najwybitniejszych neurologów zagranicą i w kraju. Cechą znamienną dzia-

[1]) Księga Jubileuszowa Edwarda Flataua. Skład główny u Gebethnera i Wolffa, Warszawa 1929.

łalności Flataua w Szpitalu jest i nadal jednoczenie wysiłku naukowego tych, którzy pracę twórczą kliniczną i doświadczalną tak, jak On, uważają za nieodzowny warunek dla rozwoju kultury szpitala, jako instytucji publicznej. W przeświadczeniu, że w historji narodów tradycja wysokiego poziomu w rozwoju nauk jest najwyższem dobrem publicznem, trwa Edward Flatau z młodzieńczą energją w pracy żmudnej naukowej dnia codziennego.

Oby dla dobra nauki ojczystej i ku chwale Szpitala wysiłek Jego woli i talentu świecił długie lata jeszcze przykładem młodemu pokoleniu lekarzy. *Juljan Rotstadt.*

Z oddziału VI (Ordynator: J. Luxenburg).

Przyczynek do patogenezy rumienia guzowatego.

podał

ST. WOLFSTEIN.

Rumień guzowaty (erythema nodosum) jest chorobą, spostrzeganą najczęściej i w najczystszej swej postaci klinicznej w wieku dziecięcym. — Etjologja tej choroby nie jest dotychczas należycie wyświetlona; istnieje tu szereg sprzecznych ze sobą poglądów.

Koch na zasadzie swoich obserwacji, na dość licznym materjale, jest zdania, iż choroba ta ma tło gruźlicze. Przemawia za tem prawie zawsze występujący tu dodatni odczyn Pirqueta, jest on w przypadkach rumienia guzowatego niekiedy tak silny, iż daje dodatkowe smugi limfatyczne takie, jakie widzimy niekiedy w gruźlicy skóry, zołzowatości. — Kochowi często w wywiadach udało się wykryć gruźlicę w rodzinie chorego. W niektórych przypadkach spostrzegał powikłania gruźlicze w narządach wewnętrznych po 1 do 7 mieś. od czasu zachorowania na rumień guzowaty. — Jeżeli chodzi o to, w jakim okresie gruźlicy występuje rumień guzowaty, to większość autorów jest zdania, iż przypada to na czas między końcem pierwszego a początkiem drugiego okresu gruźlicy, t. j. mniej więcej wówczas, kiedy mamy pierwotne ognisko i zajęte gruczoły wnękowe. Jest to okres, w którym występuje allergja ustroju na jad gruźliczy, a wyrazem czego jest właśnie rumień guzowaty.

Występowanie wykwitów należy sobie tłumaczyć, według

Kocha i Feera, jako wynik wysiania laseczników i toksyn do krwi i odkładanie się ich w skórze.

Podkreślić jednak należy, że dotychczas w wykwitach rumienia guzowatego nie udało się wykryć ani prątków gruźliczych, ani też histopatologicznej budowy gruźliczej. — Coprawda Landuzy i Guttmann wykryli w jednym przypadku rumienia guzowatego jakiś lasecznik, gram ujemny. Tachau jednak, opierając się na opisach klinicznych tych autorów — wątpi, czy były to istotnie przypadki „prawdziwego" rumienia guzowatego (istnieją spostrzeżenia t. zw. wtórnego rumienia guzowatego, o czem niżej).

Na zarzuty przeciwników, że niezawsze w przypadkach rumienia guzowatego występuje dodatni odczyn tuberkulinowy, Koch odpowiada, iż ma się tu niekiedy do czynienia z t. zw. „ujemną fazą tuberkulinową" Hamburgera, kiedy organizm znosi nawet wielkie ilości tuberkuliny bez jakiegokolwiek odczynu.

Pogląd ten jednak jest niesłuszny, gdyż ujemna faza tuberkulinowa trwa zazwyczaj kilka dni, a Hegler, Moro, Foerster i inni opisują przypadki, w których w przebiegu erythema nodosum wogóle nie udało się otrzymać dodatniego odczynu tuberkulinowego.

Wielu autorów wiąże tę sprawę z reumatyzmem, przytaczając na usprawiedliwienie przebieg kliniczny, mianowicie z bólami w stawach kolanowych (tylko u dorosłych), anginę często poprzedzającą chorobę.

Brak jednak objawów chorobowych i bolesności w innych stawach, brak powikłań, występujących często po reumatyzmie stawowym, jak pląsawica, cierpienia serca i inne, czynią sprawę przynależności rumienia guzowatego do grupy schorzeń reumatycznych dość problematyczną.

Warto jednak zaznaczyć, iż u dzieci, u których schorzenie to występuje w swej najczystszej postaci klinicznej, najczęściej niema skarg na bóle stawów. Dzieci skarżą się przeważnie tylko na bolesność podudzi, a to spowodowane jest sprawami zapalnemi w okostnej (Koch).

Comby, nie negując pewnej skłonności osobników gruźliczych do rumienia guzowatego, uważa, że podobny obraz kliniczny może także wystąpić w posocznicy, kile, trądzie i niektórych innych schorzeniach. Jest to jednak, według Comby'ego, tylko objaw

kliniczny, bardzo podobny do rumienia guzowatego, różniący się jednak zasadniczo w szczegółach od jednostki chorobowej erythema nodosum, jako takiej.

Comby jest zdania, iż rumień guzowaty jest zakaźną chorobą wysypkową, o nieznanym zarazku. — Tego samego zdania jest Nobecourt.

Przy dokładnem badaniu tak zwanych wtórnych rumieni guzowatych, występujących w innych zaburzeniach, stwierdza się pewne odchylenie od „prawdziwej" postaci tej jednostki chorobowej.

Przedewszystkiem wielopostaciowość wykwitów, powstawanie pęcherzy, nietypowe umiejscowienie, częsty brak gorączki. Najważniejsze jest jednak to, że wyniki badań histopatologicznych wtórnych postaci rumienia guzowatego nie są równoznaczne tym, które się spostrzega w rumieniu guzowatym idiopatycznym.

Tachau, Nobel i inni bezwzględnie wyłączają koncepcję gruźliczą rumienia guzowatego.

Tachau uważa, iż jest to choroba o ostrym przebiegu, należąca do szeregu zakaźnych chorób wysypkowych. Tego samego zdania jest Jadasson.

Autorzy ci przypuszczają jednak istnienie pewnego powinowactwa tego zarazka do osobników gruźliczych.

Co do silnego odczynu tuberkulinowego, występującego u osobników z rumieniem guzowatym to Tachau i Nobel stwierdzili, iż w schorzeniu tem ma się wogóle do czynienia z nadwrażliwością skóry nietylko na tuberkulinę, ale i na inne jady bakteryjne, na surowicę końską, na buljon i nawet na sól fizjologiczną.

Nadwrażliwość ta u osobników, którzy przebyli rumień guzowaty, pozostaje jeszcze przez dłuższy czas (Nobel).

Tachau dla poparcia poglądu o zakaźnem pochodzeniu rumienia guzowatego podaje szereg osobiście spostrzeganych endemji.

Para opisuje przypadek, gdy dziewczynka z rumieniem guzowatym po przybyciu z zakładu wychowawczego do domu zaraziła siostrę, z którą razem spała.

Wallgren opisuje dwie endemje rodzinne. Takie same wypadki podają Comby, Heim, Dendson, Rousseau i inni.

Bussel opisał u nas niedawno przypadek zarażenia się rumieniem guzowatym matki od 12-letniej córki.

Podaję niżej w szkicu 2 przypadki rumienia guzowatego, spostrzegane na oddziale dr. Luxenburga; zasługują na uwagę przez to, że w obydwu odczyn tuberkulinowy wypadł ujemnie, natomiast wywiady wskazują na zakażenie.

Przyp. I. Z. S., 1 rok i 10 mies, przybyło na oddział 1.VIII.28 r. Przed tygodniem dostało gorączki, ogólnego osłabienia. Po 3 dniach wystąpiły wykwity na pobudziach i przedramionach. W gardle zaczerwienienie, migdały duże; wykwity typowe dla rumienia guzowatego na rozginaczach podudzia i przedramion.

Odczyn Pirqueta ujemny. — Przed tygodniem siostra w domu przechodziła taką samą chorobę, z podobnemi wykwitami.

Przyp. II. R. L., 10 lat. Przybył na oddział 2. VII. 28: gorączka, czerwień gardła i typowe wykwity rumienia guzowatego. Według oświadczenia matki były na wsi podobne wypadki u dzieci.

W obu tych przypadkach widzimy więc nagły początek sprawy chorobowej, typowy przebieg kliniczny, zawsze te same objawy ogólne, oraz ognisko choroby w środowisku najbliższem czyli wszystkie znamiona sprawy zakaźnej. Zauważyć też należy, że tu w obu przypadkach, jak i w innych, znanych z piśmiennictwa, omawiane objawy wystąpiły tylko raz jeden.

Zarazek erythema nodosum nie jest jeszcze znany: to jednak bynajmniej nie przesądza możliwości symbiozy jego z prątkami gruźlicy.

PIŚMIENNICTWO

Koch H. Zschr. f. Kinderh. 1921 T 5
Koch. Die extrapulmon t. b. c. T. I; Zeszyt 7 i T. II, Z I.
Nobel: Zschr. f. Kinderh. 1925 Tom 39
Tachau: Zschr. f. extrap. t. b. c. Tom II, Zeszyt I.
Hegler: Ergebnisse d. inn. Med. u. Kinderh. T. 12(1913).
Nobel: Die extrap. T. b. c. T. I. Zeszyt 7.
Bussel: Ped. Polska T VII. Zeszyt 4.

Z oddziału chirurgicznego C. (Kierownik: A. Wertheim)

Z kazuistyki ciężkich obrażeń prącia.

Podał

I. BORKOWSKI,

Asystent oddziału

Do ogłoszenia notatki niniejszej skłania mnie zarówno stosunkowa rzadkość spostrzeganych trzech przypadków, jak i niecodzienna etiologja obrażeń.

I. Przypadek pierwszy dotyczy 22-letniego robotnika, żyda, przywiezionego do Szpitala w lipcu 1927 r., w nocy, przez Pog. Rat. w stanie omdlenia, prawie bez tętna, silnie wykrwawionego. Po odzyskaniu przytomności chory przedstawił przebieg wypadku w sposób następujący. Przed mniej więcej dwiema godzinami narzeczona jego 19-letnia panna, z ortodoksyjnej rodziny żydowskiej, z którą zresztą postanowił zerwać, skłoniła go na klatce schodowej do coitus in ore; podczas stosunku chory poczuł nagle przeszywający ból w prąciu, zauważył jeszcze twarz i pierś dziewczyny, zalane krwią i zemdlał.

Wobec silnego krwawienia przystąpiłem natychmiast do rewizji rany w uśpieniu eterowem i stwierdziłem, co następuje.

Prącie wykazuje brak zupełny żołędzi i części trzonu (około $^2/_5$); skóra kikuta i wzgórza łonowego krwawo podbiegnięta; powierzchnia rany pokryta rozległym skrzepem; brzegi rany skórnej prawie równo i ostro ścięte, tylko w dwóch miejscach znać odciski zębów; brzegi otoczki włóknistej nierówne, miejscami pomiażdżone; ciało jamiste cewki przecięte nieco skośnie.

Po podwiązaniu tętnic prącia okrwawiłem, oszczędzając jaknajbardziej kikut, brzegi skóry i otoczki białawej i tę ostatnią zeszyłem poprzecznie. Uruchomiłem dolną ścianę cewki, nadciałem ją w linji pośrodkowej i zeszyłem wywiniętą śluzówkę z brzegiem skóry. Zabieg zakończyłem wprowadzeniem cewnika na stałe (który usunąłem po ośmiu dniach). Przebieg pooperacyjny był nadspodziewanie dobry: ciepłota nie przekroczyła 37,7^0 i po kilku dniach spadła do normy; rana zagoiła się gładko, prawie przez rychłozrost. 12-go dnia chory opuścił szpital. Jeszcze przed opuszczeniem oddziału chory miewał wzwody prącia, jakkolwiek bardzo bolesne; po 4-ch tygodniach odzyskał całkowitą zdolność spółkowania. W lutym r. b. przywiozło go Pog. Kas. Chor. ponownie na oddz. 2C w stanie posocznicy z powodu zakażenia rany po wykonanem przecięciu zewnętrznego ujścia

cewki (z powodu ostrego trypra!) Po kilku tygodniach chory ponownie opuścił oddział w dobrym stanie.

II. Przypadek drugi (27-letni robotnik), został we wrześniu ub. r przywieziony przez Pog. Kas. Chor. na oddz. 2-C z objawami ciężkiej posocznicy: z wysoką ciepłotą, z drobnem, bardzo przyśpieszonem tętnem (140); chory silnie wykrwawiony, zamroczony (podobno już od kilku godzin krwawił z narządów płciowych). Ze nętrzne narządy płciowe przedstawiały obraz następujący: wzgórek łonowy, część pachwin oraz prącie wraz z moszną, silnie obrzęknięte; prącie grubości około 6 cm., część końcowa prącia, t. j. żołądź, aż poza bróżdę wieńcową, obrzęknięta, wielkośei małego jabłka; tworzy ona czarną cuchnącą, cześciowo rozpadającą się, masę; napletek podziurawiony zwisa w postaci dwóch dużych strzępów; krwawienie tętnicze.

W uśpieniu eterowem dokonałem odrazu rewizji rany, przyczem stwierdziłem, że martwica sięga aż do tkanki podskórnej trzonu, podminowując skórę prawie do nasady prącia. Po usunięciu napletka i części zmartwiałych podkłułem dla pewności obie grzbietowe tętnice prącia.

Po odzyskaniu przytomności chory podał przyczynę martwicy: od miesiąca choruje na wrzód miękki, który nie poddawał się leczeniu; choremu doradzono m. i. codzienne wycieranie powierzchni wrzodu kwasem karbolowym. Chcąc przyśpieszyć leczenie, przykrywał wrzód kawałeczkami waty, nasiąkniętemi kwasem karbolowym i podsuwał je pod napletek; już po kilku godzinach stwierdził znaczne pogorszenie.

Przebieg pooperacyjny i w tym przypadku był pomyślny: t^0 spadła do normy po 9 dniach; gojenie rany było prawidłowe; na 15 dzień utworzyła się przetoka moczowa na grzbiecie pozostałej części żołędzi. Chory opuścił oddział po 4 tygodniach z zabliźnioną raną; obwodowa $^1/_3$ prącia wskutek obszernych blizn w tkance podskórnej trzonu oraz w ciałach jamistych uległa znacznemu zniekształceniu; z żołędzi pozostał tylko wierzchołek, przyrośnięty wprost do trzonu prącia, przetoka moczowa przegiętej i skręconej cewki pozostała bez zmiany; wzwodu prącia nie miewał wcale. W 3 miesiące potem ponownie badałem chorego; wynik pod względem kosmetycznym i czynnościowym był zły: wskutek niezupełnego i bardzo bolesnego wzwodu wystąpiła całkowita niezdolność spółkowania. — Chory nie zgodził się na zalecany zabieg wytwórczy na prąciu.

III. Przypadek trzeci dotyczy 2-letniego, dobrze rozwiniętego, bardzo żywego chłopczyka. Rodzice, małomiasteczkowi żydzi, ludzie fi-

zycznie i umysłowo normalnie rozwinięci, podają, że dziecko urodziło, się z prawidłowo rozwiniętem prąciem. Obrzezania rytualnego dokonał na 8 dzień sprowadzony z sąsiedniego większego miasteczka młody „mohel". Krwawienie było mierne; nałożono „mocny" opatrunek. Na trzeci dzień po obrzezaniu opatrunek spadł; rodzice zwrócili uwagę na znaczne zmniejszenie się prącia; rana obficie ropiała. Po kilku tygodniach prącie znikło; w skórze pozostał tylko otworek, przez który dziecko oddawało mocz; pod skórą zaś wyczuwano coś w rodzaju prącia. Uspokojeni obietnicą „mohela", że z czasem prącie zno u się zjawi, rodzice nie przywiązywali wagi do kalectwa dziecka; zaniepokoiło ich tylko stopniowe zwężanie się strumienia moczu. Od kilku tygodni dziecko stale narzeka na coraz silniejsze bóle przy oddawaniu moczu, co skłoniło rodziców do zasięgnięcia porady lekarskiej. W badaniu stwierdziłem, co następuje: na miejscu prącia nieznaczne wypuklenie skóry, po środku którego znajduje się promienista blizna wielkości ziarnka grochu, mocno zrośnięta z podłożem; w bliźnie otworek wielkości główki od szpilki; ponad otworem krótka poprzeczna fałda skóry. W tkance podskórnej wyczuwa się twór długości około 4 cm., ruchomy, niebolesny, podłużny, walcowaty, w którym wyczuwa się ciała jamiste; nasada tego tworu znika pod łukiem łonowym; zgłębnik, wprowadzony do otworka, wchodzi łatwo do prawidłowo rozwiniętej cewki i wyczuwa go się poprzez skórę.

Zabieg (Dr. Wertheim) wykonano w uśpieniu eterowem; cięcie podłużne poprzez bliznę.

Wyłoniony twór okazał się trzonem prącia; brak żołędzi, wieńca żołędzi oraz brózdy wieńcowej; ciała jamiste rozwinięte prawidłowo; bardzo zwężone ujście cewki położone nieco ku dołowi, pośrodku kikuta; twór ten, długości 4 cm., był zupełnie pozbawiony skóry.

Po nacięciu ujścia cewki i wywinięciu śluzówki wprowadzono na stałe cewnik; trzon prącia pokryto płatkiem naskórka podług Thiersch'a, umocowując go kilkoma szwami węzełkowemi; po nałożeniu opatrunku unieruchomiono prącie w stanie rozciągniętym, przyszywając je jednym szwem do skóry brzucha. Dziecko zniosło zabieg dobrze Cewnik usunięto po upływie 7 dni. Gojenie rany — prawidłowe. Obecnie wynik kosmetyczny — niezły: prącie wystaje na 1,5 cm. ponad poziom skórny, pokryte jest całkowicie cienkim naskórkiem; przez szerokie ujście cewki dziecko wydala mocz bezboleśnie, silnym strumieniem.

Z przypadków powyższych na największą uwagę zasługuje przypadek trzeci ze względu na przyczynę i rodzaj okaleczenia.

Ze względów religijnych i z powodu zacofania środowiska okaleczenia tego rodzaju ujawniane bywają rzadko; częściej słyszy się o zakażeniu dziecka gruźlicą lub przymiotem drogą obrzezania przez chorych „mohelów". Wykonywanie rytualnego obrzezania przez lekarzy niewątpliwie zmniejszyłoby liczbę tego rodzaju obrażeń.—Przypadek pierwszy ciekawy jest ze względu na niezwykłą etiologję; należy on raczej do medycyny sądowej. Na bliższe omówienie zasługuje również przypadek drugi: jest on jaskrawym dowodem nieostrożności lekarza, który zalecił choremu, człowiekowi nieinteligentnemu, zastosowanie środka żrącego bez kontroli. Wyniki takiego zaniedbania są oczywiście bardzo smutne.

Z oddziału chorób uszu, nosa i gardła (Ordyn. L. Lubliner)
Z oddziału chorób wewnętrznych i zakaźnych (Ordyn. J. Luxenburg)

O zapaleniu ucha środkowego w przebiegu odry[1].

Podali
J. TENCER i ST. WOLFSTEIN.

Zapalenie ucha środkowego u dzieci jest cierpieniem rozpowszechnionem i niejednokrotnie bardzo poważnem. Wpływać może ono ujemnie na ogólny stan i rozwój ustroju, prowadząc niekiedy do powikłań wtórnych w drogach oddechowych i narządzie pokarmowym oraz do zupełnego wyniszczenia. To też pedjatrzy, pragnąc bliżej poznać warunki, wpływające na powstawanie i przebieg powikłań usznych oraz, chcąc doszukać się pewnych praw, rządzących temi powikłaniami, usiłują stworzyć syntezę wszystkich zapaleń ucha środkowego u dzieci. Stąd otitis media bywa rozpatrywane przez wielu, jako odrębna jednostka chorobowa wieku dziecięcego.

Dużo czynników wpływa na częstość zapaleń ucha środkowego u dzieci; do najważniejszych zaliczyć należy odmienną budowę narządu słuchu u nich. Szeroka i krótka trąbka słuchowa, nierozwinięty jeszcze wyrostek sutkowy oraz mała oporność śluzówki, wyściełającej układ komórek powietrznych w wyrostku, sprawiają, że łatwo dochodzi tu do zakażenia ucha środkowego i do rozległych spraw zapalnych.

---

[1]) Rzecz wygłoszona na konkursie odczytowym dn. 29.III. 29.

Większość zapaleń ucha środkowego u dzieci powstaje, jako powikłanie chorób zakaźnych, a odra stanowi jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób infekcyjnych wieku dziecięcego. Dlatego też dokładne rozpatrzenie odrowych zapaleń ucha środkowego może przyczynić się do wyświetlenia ogólnego zagadnienia cierpień narządu słuchu u dzieci.

Odrę niesłusznie uważa ogół za chorobę niewinną i nieszkodliwą. Nie jest ona wprawdzie cierpieniem niebezpiecznem i ciężkiem, jednak w pewnych warunkach, zależnych od wieku i ogólnego stanu organizmu, może sprowadzać poważne następstwa. Żadna inna choroba zakaźna nie obniża tak oporności ustroju, jak odra; to właśnie tłumaczy częstość zakażeń wtórnych, występujących jako powikłania, czy następstwa odry. Szczególnie poważnem cierpieniem jest odra dla dzieci krzywiczych, gruźliczych oraz obarczonych skazą wysiękową.

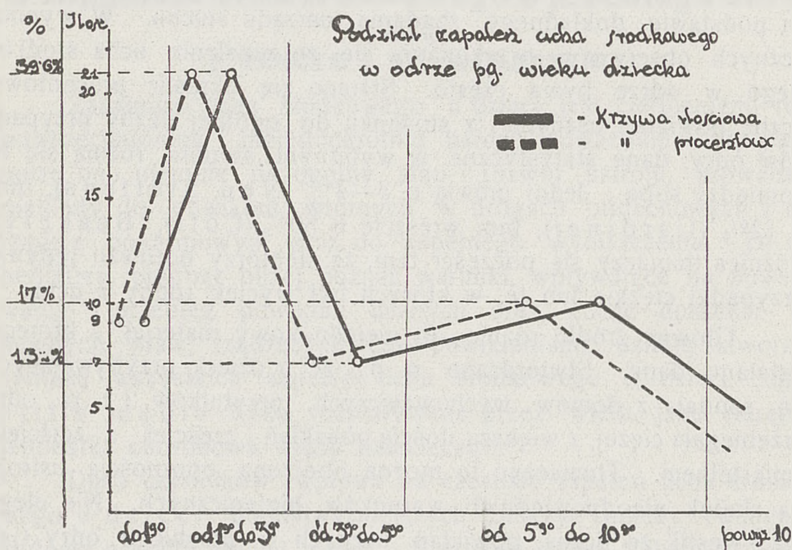
Był czas, kiedy uważano, iż zapalenie ucha środkowego w odrze jest zjawiskiem rzadkiem. Pogląd ten uległ zmianie, gdy rozpoczęto zbierać dane nie tylko na zasadzie wywiadu, lecz też na podstawie dokładnego zbadania narządu słuchu. W wyniku licznych obserwacyj przekonano się, że zapalenie ucha środkowego w odrze bywa często. Starano się określić procentowo liczbę powikłań usznych w stosunku do ogólnej liczby przypadków odry; dane statystyczne w wybitnym stopniu różnią się tu pomiędzy sobą. Jedni mówią o 3—4% (Neu, Steffens), inni o 12% (Gardiner), inni wreszcie o 50% (Coffi, Beakely). Różnica tłumaczy się poczęści tem, że niektórzy notowali jedynie przypadki ciężkie lub te, w których był wyciek ropny z ucha.

Główne źródło różnic—to niejednakowy materjał, z którego ustalano dane. Stwierdzano n. p., że u dzieci, przybywających do szpitala z domów wychowawczych, przytułków i t. p., odra przebiegała ciężej, z większą ilością powikłań i częściej z zejściem śmiertelnem. Tłumaczyć to można obniżoną opornością ustroju na skutek nieodpowiednich warunków higjenicznych. Nie ulega też kwestji, że liczba powikłań usznych w przebiegu odry (jak zresztą i innych powikłań), zależy od nasilenia i charakteru poszczególnej epidemji.

Lederer na zasadzie materjału z kliniki w Halle podaje, że w latach 1911—1922 było tylko 8.7% otitis media purulenta w przebiegu odry, w r. 1916 — w czasie silnej epi-

demji odrowej — było 20.9% ropnego zapalenia uszu. Liczby te nie dają całkowitego pojęcia o częstości powikłań usznych w odrze, gdyż nie były tam uwzględniane lekkie przypadki, gdy zapalenie ustępuje bez przebicia błony bębenkowej. Nadoleczny pierwszy zestawił dane o tem na mocy ścisłego badania otoskopowego wszystkich swych przypadków odry. Na licznym materjale okresu epidemji odrowej w r. 1902 stwierdził, że w 59% wszystkich przypadków odry występują powikłania uszne. Gdy odra przebiega łagodnie, z niewielką liczbą powikłań i wypadków śmierci, odrowych zapaleń ucha środkowego było stosunkowo niedużo.

Na ogólną liczbę naszych 478 przypadków odry stwierdzono 53 razy zapalenie ucha środkowego, co stanowi 11.08%. Do 1 roku było 9 przypadków, od 1 — 3 l. — 21 przypadków, od 3 — 5 lat — 7 przypadków, od 5—10 lat — 10 przypadków, powyżej 10 l. — 6 przypadków. Dane te ilustrujemy w postaci krzywej.

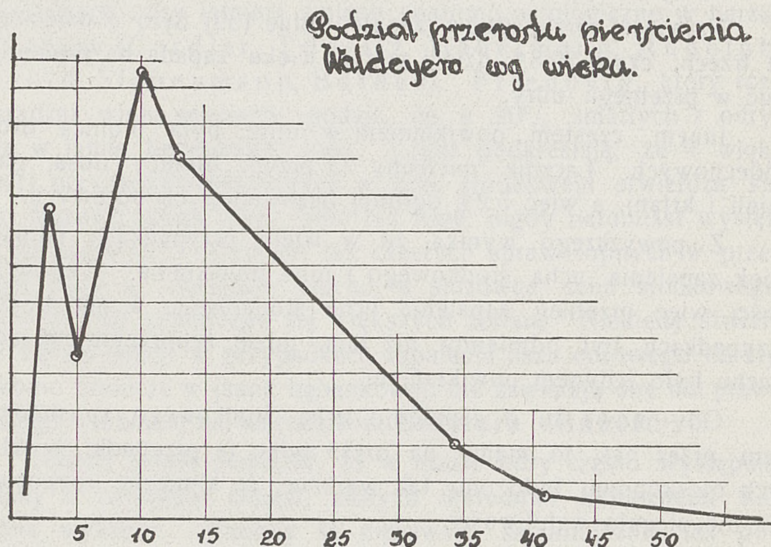


Tak więc najwięcej (30) powikłań usznych w odrze było u dzieci do lat trzech. Stanowi to 56.5% wszystkich przypadków z powikłaniem usznem. Gdy weźmiemy pod uwagę, iż było dzieci do lat 3-ch—187, dojdziemy do wniosku, że 16% z tych

zapada na powikłania ucha środkowego w odrze. Zwróciliśmy szczególną uwagę na dane liczbowe o dzieciach do lat trzech, gdyż, jak wiadomo, w tym wieku odra przebiega ciężej i bardziej się odbija na ogólnym stanie.

Rzecz znamienna, że liczba zapaleń ucha środkowego w odrze stoi w ścisłym związku z rozwojem pierścienia Waldeyera.

Ruth Blos i Pirquet, badajac budowę pierścienia chłonnego u dzieci, stwierdzili największy jego rozwój między 2 a 4 rokiem życia. Od 4-go do 6-go ulega on zmniejszeniu, aby następnie jeszcze bardziej się rozwinąć, pomiędzy 6 a 15 rokiem życia. Dane te unaocznia poniższa tablica.



Zestawiając dwie te krzywe, widzimy, że częstość zapalenia ucha środkowego w odrze idzie w parze ze stopniem rozwoju pierścienia chłonnego, zwł. do 3 r. życia.

Tłumaczyć to można związkiem między wrażliwością śluzówki gardzieli na procesy zapalne a stopniem rozwoju tkanki adenoidalnej.

Z jednej strony, na skutek zmniejszonej oporności śluzówki gardzielowej, przerasta pierścień chłonny, jako wyraz obrony miejscowej, z drugiej zapalenia w przerosłej tkance adenoidalnej łatwiej szerzyć się mogą, docierając do ucha środkowego.

Jak wiadomo, odra, poza powikłaniami w narządzie słuchu, powoduje je również w innych organach. Z tych najczęstsze są powikłania w narządzie oddechowym (odoskrzelowe zapalenie płuc, nieżyty gardzieli i krtani), następnie zapalenia miedniczek nerkowych i wreszcie przyłączenie się innej choroby zakaźnej (błonica, koklusz). Rzecz ważna — ustalenie stosunku zapaleń ucha środkowego w przebiegu odry do innych najczęstszych powikłań. Na 478 przypadków odry mieliśmy 51 przyp. zapalenia płuc (10.6% ogólnej liczby chorych na odrę).

Do 1 roku były 14 przypadków zapal. płuc, od 1 — 3 l. było 25, od 3 — 5 l. było 5, od 5 — 10 l. było 3, powyżej 10 roku życia było 4.

Najwięcej przypadków zapaleń płuc (39) było u dzieci do lat trzech, czyli 20,8% dzieci w tym wieku zapada na zapalenie płuc w przebiegu odry.

Innem, częstem powikłaniem w odrze była błonica dróg oddechowych. Łącznie mieliśmy 25 przyp. błonicy nosa, gardzieli i krtani, a więc 5.2% ogólnej liczby chorych odrowych.

Z powyższego wynika, że w wielu przypadkach istniały obok zapalenia ucha środkowego i inne powikłania. Z konieczności więc przebieg zapalenia ucha środkowego w podobnych przypadkach był odmienny, niż tam, gdzie schorzenie narządu słuchu było jedynem powikłaniem.

Gdy mowa tu o zapaleniu ucha środkowego, spostrzeganem przez nas, to mamy na myśli tylko te przypadki, w których otoskopowo było ono tak wyraźne, że kliniczne rozpoznanie nie ulegało wątpliwości.

W wielu przypadkach klinicysta nie może mówić o powikłaniu usznem, gdyż błona bębenkowa wykazuje nieznaczne tylko odchylenia od normy, natomiast pod względem anatomo-patologicznym mogą istnieć w uchu środkowem zmiany, nawet dość znaczne, które niejednokrotnie szerzą się aż do wyrostka sutkowego. Zmiany te nie są bynajmniej tak niewinne, że można o nie nie dbać. Mają one niekiedy znaczny wpływ na późniejszy rozwój wyrostka sutkowego, na jego pneumatyzację, na budowę śluzówki w komórkach powietrznych wyrostka, słowem, na wszystkie czynniki, stanowiące o tak zwanej miejscowej allergji ucha środkowego. A wiadomo, że przebieg zapalenia ucha

środkowego zależy nie tylko od bezwzględnej i względnej jadowitości bakteryj.

Przebyte w dzieciństwie, nawet utajone, zapalenie ucha środkowego może sprowadzić w wyniku odmienną budowę wyrostka sutkowego. Stąd przypadkowe zapalenie w wyrostku takim w późniejszem życiu przebiega ciężej dla chorego i łatwiej prowadzi do najrozmaitszych powikłań. Z tych względów tak niezmiernie rzecz ważna ustalić, czy istnieją zmiany w uchu środkowem i jak często w tych przypadkach odry, kiedy badanie kliniczne wypadło ujemnie. Badania sekcyjne pośmiertne u zmarłych z odry wyjaśniły tę kwestję. Zarówno badacze dawni, jak i czasów ostatnich, są zgodni co do tego, że prawie we wszystkich przypadkach odry istnieją zmiany anatomo-patologiczne w narządzie słuchu (Cordier, Topeitz, Habermann, Rudolph, Bezold, Siebenmann, Borden). Friedberg, który rozporządzał wielu sekcjami, podaje, że u 90% zmarłych z odry, była w jamie bębenkowej ropa. I inni podkreślają, że w większości przypadków sekcyjnych w uchu środkowem stwierdza się albo śluzowo-ropną treść, albo też ropę, nigdy natomiast wysięk czysto surowiczy. Pomimo tak częstych spraw ropnych w przebiegu odry w. narządzie słuchu, w śluzówce ucha środkowego zazwyczaj nie spostrzega się większych zmian. Niekiedy stwierdza się na sekcji w przypadkach zapalenia uszu odrowego naloty rzekomo błonicze w jamie bębenkowej; nie zawierają one ani prawdziwego włóknika, ani laseczników Löfflera (Bezold).

Należy zatem pamiętać, że w czasie odry często występują zmiany w narządzie słuchu, których metodami klinicznemi nie można wykazać. Zmiany te niezawsze są klinicznie tak poważne, jak wynikałoby z danych sekcyjnych. Anatomopatolog bada przypadki z zejściem śmiertelnem, spowodowanem bądź złośliwością zasadniczej sprawy zakaźnej, bądź wskutek tych lub innych powikłań, które wystąpiły w przebiegu cierpienia u człowieka a priori słabego o ogólnej małej oporności ustroju. Siłą rzeczy i zapalenie ucha środkowego, na które zapada osobnik niekiedy w okresie anergji, przebiega odmiennie, ciężej, niż w ustroju zdrowym, skutecznie zwalczającym chorobę zakaźną. Stąd ta rożnica pomiędzy wynikami badań anatomopatologicznych a tym stanem rzeczy, który mogliśmy stwierdzić na naszym materjale klinicznym. Nie możemy bowiem utrzymywać, aby zapalenie ucha

środkowego w odrze odznaczało się zwykle ciężkim przebiegiem; przeciwnie, w większości przypadków przebieg bywał zupełnie łagodny. Odnosi się to zwł. do tych zapaleń ucha środkowego, które występują w odrze wcześnie. Pojawiają się one przeważnie nagle, często w nocy, wśród dotkliwych bólów. Obraz otoskopowy wykazuje z początku zazwyczaj zaczerwienienie błony bębenkowej (najczęściej w tylnogórnym odcinku), niekiedy nacieczenie jej i promieniste nastrzyknięcie naczyń. W przyp. lekkich obraz otoskopowy powracał do normy szybko, w ciężkich błony wykazywały rozmaite zmiany, m. inn. silne zaczerwienienie, wypięcie; w paru przypadkach były na błonie bębenkowej pęcherze krwawe oraz silna maceracja powierzchownych jej warstw.

Niekiedy widoczne były wylewy krwawe na błonie bębenkowej; stożek swietlny widoczny na początku choroby wkrótce znikał.

W szeregu przypadków początkowy obraz otoskopowy z nieznacznem odchyleniem od normy szybko się zmieniał: rysunek błony bębenkowej zacierał się, rękojeść młoteczka stawała się niewidoczna, odblask albo zmieniał wygląd albo też całkowicie znikał lub też pojawiały się dodatkowe odbicia, zazwyczaj niestwierdzane. W innych znów przypadkach, nawet dość duże zmiany w obrazie otoskopowym, niekiedy cofały się zupełnie już po 24 godzinach. Rudolph i Bezold uważają, że znamienne dla odrowego zapalenia ucha środkowego jest odłączanie się nabłonka błony bębenkowej od błony podstawnej; na własnym materjale klinicznym zauważyliśmy to jedynie w paru przypadkach. Podajemy niżej kilka szkiców z kart szpitalnych, ilustrujących różnorodne obrazy otoskopowe zwykłego zapalenia ucha środkowego.

1) Nr. Ks. Gł. 1740. Nastrzyknięcie naczyń wzdłuż stria malleolaris, zaczerwieniene części tylnej zewnętrznego przewodu, wciągnięcie błony bębenkowej, odblask zachowany,

2) Nr. Ks. Gł. 2019. Zaczerwienienie błony bębenkowej w górno-tylnej części; poszczególne naczynia w kształcie cieniutkich niteczek; tu nieznaczne wypięcie, obraz nieco zatarty, odblask zachowany. W przednio-dolnej części błona bębenkowa wykazuje szereg odblasków i nie jest gładka.

3) Nr. Ks. Gł. 1966. Błona wiotka i przyległa część przewodu zaczerwienione dość wyraźnie; stria malleolaris nieznacznie nastrzyknięta.

4) Nr. Ks. Gł. 6903. Obustronnie: zaczerwienienie błony bę-

benkowej, promieniste nastrzyknięcie naczyń, zwł. na obwodzie. Prawie całkowicie zatarty rysunek, w zarysie jedynie wyrostek krótki młoteczka; odblasku niema.

5) Nr. Ks. Gł. 1504. Błona bębenkowa w części górno-tylnej oraz błona Shrapnella silnie zaczerwieniona; nastrzyknięcie naczyń wzdłuż stria malleolaris; zaczerwieniona jest również przyległa do tylno-górnej części błony część zewnętrznego przewodu słuchowego.

6) Nr. Ks. Gł. 1846. Ogólne zaczerwienienie błony bębenkowej, naczynia promienisto nastrzyknięte. Zaczerwienienie większe błony Shrapnella, odblasku niema.

7) Nr. Ks Gł. 1408. Zaczerwienienie i wypięcie tylno-górnej części błony, rysunek zatarty, odblasku niema.

8) Nr. Ks. Gł. 4118. Błona bębenkowa silnie zaczerwieniona, rysunek zatarty, odblasku niema. Błona bębenkowa pokryta łuszczącym się nabłonkiem. W tylnej części niewielkie wypięcie.

• 9) Mr. Ks. Gł. 1888. Obustronnnie: zaczerwienienie błony Shrapnella oraz górnej części błony. W dolnym odcinku zaczerwienienie w kształcie księżyca, wciągnięcie, odblasku niema.

10) Nr. Ks. Gł. 5486. Błona bębenkowa silnie zaczerwieniona u góry. Tylna część ma odcień mleczny, widoczne tu nastrzyknięte naczyńka krwionośne promienisto ułożone. Na błonie 2 pęcherze: u góry od tyłu, a drugi pośrodku błony; powierzchnia pęcherzy jest blada.

Objawom przedmiotowym w początku zapalenia ucha środkowego odpowiadały zazwyczaj podmiotowe.

Dzieci traciły łaknienie, stawały się apatyczne, niekiedy zdradzały niepokój.

Starsze uskarżały się na ból ucha. U niemowląt można było zaobserwować chwyty rączkami u chorego ucha, pocieranie głową o poduszkę. U niektórych było zaczerwienienie muszli usznej oraz przyległych odcinków skóry po stronie chorej. Niekiedy mimo wyraźnych zmian przedmiotowych (temperatura, obraz otoskopowy) nie było objawów podmiotowych cierpienia.

Początek u niemowląt czasami ujawniały mdłości, wymioty, sztywność karku, niepokój, bezsenność oraz kurcze w kończynach, a więc zespół objawów, zwykle określany jako „meningismus".

W ciężkich przypadkach szybko przyłączała się i bolesność wyrostka sutkowego u wierzchołka, jako znak, że sprawa zapalna przechodzi na wyściółkę komórek powietrznych wyrostka. O ile objawy zapalenia ucha środkowego nie znikały, a paracentezy

z tych lub innych powodów nie wykonano, to zazwyczaj 2 lub 3 dnia występowało samoistne pęknięcie błony bębenkowej. Bywało jednak, że objawy zapalne stopniowo ustępowały po 5, 6 (i więcej) dniach. W większości przypadków zwykłego zapal. ucha środkowego objawom zapalnym odpowiadała wysoka t° ciała, co zazwyczaj nagle następowało.

Odrowe zapalenie uszu występuje w różnych okresach. Niektórzy wprowadzają odmienne nazwy dla tych zapaleń, zależnie od okresu, w którym zjawiły się oznaki powikłania usznego.

Hecht rozróżnia zapalenie uszu wysypkowe (Proruptions-otitis) albo już w okresie zwiastunów, albo też w czasie ukazania się wysypki; następnie zapalenie uszu w okresie zanikania wysypki (Deferveszenzotitis) i zapalenie uszu powysypkowe (otitis postexanthematica).

Podział to niekonieczny; wystarczy rozróżniać zapalenie uszu odrowe wczesne (w okresie od pojawienia się zwiastunów odry do zanikania wysypki) i zapalenie późne (w okresie łuszczenia się lub nieco później). Rozróżnianie tych dwu rodzajów zapaleń jest usprawiedliwione, przedewszystkiem ze względu na etjologję i patogenezę odry.

Zarazek odrowy jest dotąd nieznany; wiadomo, że jest lotny, łatwo udziela się otoczeniu chorego. Badania nad poszukiwaniami drobnoustrojów, wywołujących odrę, są bardzo liczne i wciąż trwają. Wymieniano różne bakterje (pałeczki podobne do laseczników grypy, prątki Loeflera i t. d.; Garré, Picker, Strogorow, Iwanow).

Surowice chorych odrowych (w rozcięczeniu 1:200) aglutynują hodowle tych bakteryj; ma to przemawiać za ich swoistością. Jednakże większość uważa, że drobnoustroje te są to zwykłe saprofity z dróg oddechowych. Anderson i Goldberger są zdania, że zarazek odrowy należy do grupy zarazków przesączalnych, że krąży we krwi tylko w okresie zwiastunów oraz w pierwszym, najwyżej w drugim, dniu wysypki. Świadczyć o tem może to, że krew pobrana u chorych na odrę po upływie 60 godzin od wystąpienia wysypki, a dana małpom, nie wywoływała obrazu chorobowego, natomiast krew wzięta w okresie zwiastunów, lub też w pierwszych dwóch dniach wysypki, mogła była spowodować wystąpienie odry.

Ostatnio Caronia (Włochy) wyhodował ze śluzu jamy no-

sogardzielowej, krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego diplokoki beztlenowe, które uważa za istotne zarazki odrowe. Badacz ten przygotował z odkrytych przez się zarazków szczepionkę, którą uodparniał dzieci, szczególnie zagrożone odrą; otrzymywał dodatnie wyniki. Selma Mayer, która przeprowadzała badania za pomocą szczepionki, bezpośrednio od Caronia'i, nie potwierdza wyników badań włoskiego autora. Możliwe, że diplokok Caronia'i jest tylko drobnoustrojem, towarzyszącym istotnemu zarazkowi odrowemu, którego dotąd nie udało się wykryć.

Wczesne zapalenia ucha środkowego w przebiegu odry należy rozpatrywać, jako wywoływane przez zarazek odrowy, a zmiany w narządzie słuchu w tem zapaleniu, jako szerzące się prawdopodobnie drogą krwionośną; należy uważać, że zmiany te są wyrazem wysypki, pojawiającej się na błonie śluzowej ucha środkowego. Natomiast późne zapalenie odrowe ucha środkowego jest najwyraźniej w związku ze stale występującem, w okresie łuszczenia się, zapaleniem śluzówki jamy noso-gardzielowej.

Można zatem mowić, że otitis morbillosa, występująca w tym okresie, powstaje wskutek szerzenia się infekcji przez trąbkę słuchową, a zatem, że muszą wchodzić tu w grę, jako przyczyna zapalenia inne drobnoustroje, niż w okresie wczesnym. Ustalenie tego poglądu było wynikiem długotrwałego sporu między badaczami.

Wielu uważało bowiem, że każde zapalenie ucha środkowego w odrze powstaje drogą szerzenia się procesu przez trąbkę słuchową (Thomas, Bohn, Mygind, Schawartze, Moos, Feer).

Jednak badania sekcyjne nie potwierdziły tej koncepcji. U osobników zmarłych we wczesnym okresie odry nie stwierdzono bowiem ropy w trąbce słuchowej, ani w części chrzęstnej, ani też w kostnej (Topeitz, Bezold, Siebenmann, Haberman). Należy zatem uważać, że wczesne zapalenie uszu w odrze tak, jak coniunctivitis, rhinitis, pharyngitis i bronchitis, stanowi integralną część ogólnego cierpienia (Lederer). Pogląd ten wymaga, zdaniem naszem, uzupełnienia. Możemy traktować zapalenie zwykłe ucha środkowego we wczesnym okresie odry, jako enanthemę błony śluzowej jedynie w przypadkach lekkich.

Lecz gdy zapalenie zwykłe przeistacza się w ropne, gdy nastąpi samoistne przedziurawienie błony bębenkowej, lub też gdy konieczna staje się paracenteza, należy uważać, że sprawę

zapalną wywołują już nie tylko zarazki chorobotwórcze odry, krążące we krwi, lecz że przyłącza się zakażenie z jamy nosogardzielowej przez trąbkę Eustachjusza. Utwierdzają w tem mniemaniu przedewszystkiem wyniki badań bakterjologicznych w naszych przypadkach, a następnie to, że nigdy materjał uzyskany bezpośrednio po przecięciu błony nie był jałowy. Powiadamy więc, że tylko lekkie objawy zajęcia ucha środkowego, we wczesnym okresie odry, są wyrazem ogólnej infekcji, objawy zaś, wskazujące bardziej posuniętą sprawę zapalną ucha, zostają wywoływane jeszcze przez inne zarazki, drążące przez trąbkę słuchową.

Niektórzy uważają, że częściej występuje otitis postmorbillosa (Groer, Pirquet), Nadoleczny twierdził zaś, że w pierwszym okresie odry powikłania są najczęstsze. Z ogólnej liczby (53) zapaleń odrowych ucha środkowego zanotowaliśmy we wczesnym okresie odry 20 przypadków (ropnych 11, nieżytowych 9,) natomiast późnych 33, z czego ropnych 22, nieżytowych 12.

Poniższa tabela ilustruje te stosunki:

	wczesne		późne	
	liczba	%	liczba	%
nieżytowe	9	17,9	11	20,7
ropne	11	20,7	22	41,4
razem	20	37,9	33	62,1

Widzimy więc, że w późnym okresie odry powikłania uszne występują częściej.

Należy tu jednak podkreślić, że w okresie wczesnym notowaliśmy tylko istotne zapalenia ucha środkowego, które dawały pewne objawy. N. prz. lekkie częściowe przekrwienie błony bębenkowej bez innych danych, nie uprawniało nas do rozpoznania otitis media simplex. Być może, że w niektórych przypadkach, przybyłych do szpitala w okresie późnym, już przedtem można było doszukać się początków zapalenia ucha środkowego. W każdym razie należy stwierdzić, że najczęściej zapalenie ucha środkowego ujawnia się w całej pełni dopiero w okresie późnym.

W wielu przypadkach zwykłe zapalenie ucha środkowego wygasa we wczesnym okresie, prowadzi tylko niekiedy do ropienia. Często jednak w okresie wczesnym ukazują się niewyraźne objawy zapalne ucha środkowego, dopiero w okresie późnym ulegają one nagłemu zaostrzeniu; daje się to wytłumaczyć. W okresie wczesnym odry istnieje pewna anergja ustrojowa, stąd odczyny na różnego rodzaju bodźce są albo słabe, albo wcale nie występują; zapalenie ucha środkowego w tym okresie może być w stanie utajonym. Utwierdza nas w tem mniemaniu spostrzeżenie Preisischa i Pirqueta, którzy zauważyli, że dodatni odczyn tuberkulinowy znika w okresie wysypkowym, a pojawia się znowu w okresie łuszczenia sią. Również i Koch stwierdził brak odczynów, w okresie wysypki, na szczepionkę ospową i na wprowadzoną doskórnie surowicę obcogatunkową.

Wydaje się prawdopodobne, że w niektórych przypadkach naszych już we wczesnym okresie odry istniało utajone zapalenie ucha środkowego, które w okresie późnym nagle ujawniło się pod postacią wycieku ropnego.

Jak wynika z powyżej przytoczonego zestawienia, z ogólnej liczby przypadków ropnego zapalenia ucha środkowego (33) było w okresie wczesnym 11 przypadków, w okresie zaś późnym —22. Najczęściej zatem dochodzi do ropienia po okresie wysypki. W nielicznych przypadkach pojawia się wyciek ropny w okresie zwiastunów (Heymann, Nadoleczny, Bolz, Haug), w naszych spostrzeżeniach nie mogliśmy jednak tego zaobserwować.

Rzecz ważna ustalić, jaka liczba zapaleń ucha środkowego przypada na poszczególny wiek chorego, uwzględniając zapalenia wczesne i późne. W naszych spostrzeżeniach mieliśmy:

	Ropne		Nieżytowe	
	wczesne	późne	wczesne	późne
do 1 roku	3	2	3	2
od 1—3 roku	3	10	3	5
od 3—5 „	1	5	1	1
od 5—10 „	3	4	2	1
powyżej 10 lat	1	1	1	2

T^0 w przebiegu zapalenia ucha środkowego w odrze zależna jest od 2 czynników: od podstawowego schorzenia zakażenia infekcyjnego i od powikłania. Dlatego też należy zawsze ustalić, w jakim okresie odry nastąpiło powikłanie. Inna będzie ocena krzywej ciepłoty przy współistniejącem zapaleniu ucha środkowego w okresie wysypki, inna w okresie powysypkowym. Gorączka w przebiegu normalnym odry, po zniknięciu wysypki, zazwyczaj ustępuje, jednak w wielu przypadkach stwierdza się i w okresie powysypkowym podwyższoną ciepłotę (mimo braku jakichkolwiek powikłań). Zjawisko to spostrzegał na dużym materjale Heubner; Hecht (z kliniki Pirqueta), przeglądając karty chorych na odrę, stwierdził podwyższoną ciepłotę ciała w 5—6, a nawet 10 dniu, po wystąpieniu wysypki.

Oczywiście, że w przypadkach tych nie było żadnego powikłania. Dla bliższego określenia istoty tego ponownego wzrostu ciepłoty ciała w przebiegu odry Hecht wprowadza termin wtórnego zachorowania w odrze (zweites Kranksein), analogiczny do opisanego wtórnego zachorowania w szkarlatynie.

Wtórne zapadanie w odrze występuje między 8 a 11 dniem choroby, najczęściej jednak 9 dnia. Nie jest to cierpienie w ścisłem znaczeniu tego słowa, lecz raczej znamię obudzenia się sił obronnych ustroju po okresie anergji w przebiegu odry. Aby wytłumaczyć istotę tego zjawiska, Pirquet i Schick analizują krzywą ciepłoty w chorobie posurowiczej.

Zauważono, że w przebiegu tej choroby ciepłota nie wykazuje ciągłości, lecz obok okresow spadku t^0 istnieją okresy wzrastania. Ponieważ czynnik, wywołujący chorobę posurowiczą, nie może oczywiście samorzutnie zwiększać się w ustroju, odwrotnie, niż to bywa w chorobach zakaźnych, przeto falisty przebieg ciepłoty tłumaczyć należy tem, że organizm nie jest w stanie odrazu zwalczyć czynnika chorobotwórczego. Po krótkiej walce ustroju następuje okres czasowej anergji ze spadkiem t^0, co jednak szybko mija. Ustrój znów podejmuje walkę, wyrazem czego jest ponowne zjawienie się gorączki.

Spostrzeżenia powyższe dają się zastosować do przebiegu temperatury w odrze. Krzywa ciepłoty w odrze niekiedy również wykazuje przebieg falisty.

I my śród naszych przypadków obserwowaliśmy kilkakrotnie wzniesienia się krzywej ciepłoty w okresie blednięcia i zanikania

wysypki, mimo braku jakichkolwiek powikłań. Były to prawdopodobnie przypadki, w których występowało t. zw. wtórne zachorowanie.

A zatem nie zawsze pojawienie się gorączki po okresie spadku ciepłoty do normy, wskazuje na istniejące powikłanie.

Przypadki odry, w których dochodziło do zapalenia ucha środkowego, wykazywały bieg ciepłoty zwalniający. Niekiedy tor gorączkowy był przerywany (intermittens). W 3-ch przypadkach t° była początkowo continua, a następnie o torze zwalniającym. Zapalenie ucha środkowego, które występowało w okresie wysypki odrowej nie wywierało wpływu na charakter istniejącej ciepłoty. Natomiast w przypadkach tych ciepłota nie spadała, jak to bywa normalnie w 4 5 dniu wysypki, lecz nieco później, wykazując przytem wahania, zależnie od nasilenia sprawy chorobowej w uszach.

Przebieg zapalenia ucha środkowego w odrze był, naogół wziąwszy, łagodny, przyczem zapalenia wczesne, nawet ropne, przebiegały łagodniej niż późne.

W wielu przypadkach wczesnego okresu odry, występowały lekkie objawy zapalenia ucha środkowego, które zazwyczaj po 2, 3 dniach cofały się, nie pozostawiając śladów. W jednym z naszych przypadków zapalenia ucha środkowego objawy zanikły pod wpływem leczenia zachowawczego dopiero 10 dnia.

W innej grupie przypadków tego samego okresu odry już 2—4 dnia od początku zapalenia ucha środkowego, następowało samoistne pęknięcie błony bębenkowej. Przebieg zapalenia ucha środkowego, w okresie wysypkowym, zazwyczaj był bez powikłań; gojenie następowało szybko, pozostawiając w pierwszych czasach niewielkie zmiany na błonie bębenkowej.

W okresie późnym odry, zwykłe zapalenia ucha środkowego, naogół wziąwszy, trwały dłużej, częściej prowadziły do ropienia; w szeregu przypadków zmuszeni byliśmy przecinać błonę bębenkową.

Późne ropne zapalenie ucha środkowego przebiegało nieco ciężej, niż wczesne; gojenie trwało dłużej, w wielu razach dochodziło do powikłań.

Zapalenia ucha środkowego późne występ
czasie po przebytej ogólnej infekcji.

Zauważono (Hecht), że występuje ono tem

późniejszy jest wiek chorego, w wieku starszym bowiem istnieć mogą ślady poprzednio przebytych zapaleń ucha środkowego, co sprzyjać może wcześniejszemu wystąpieniu powikłań usznych. Odgrywa tu rolę miejscowa allergja ucha środkowego.

W 7 przypadkach zapalenia ucha środkowego w odrze zmuszeni byliśmy przeciąć błonę bębenkową, z czego 1 paracentezę wykonano we wczesnym okresie odry, 6 w późnym okresie; w 3 przypadkach obustronnie.

Paracentezę wykonywaliśmy nie tylko wtedy, gdy były wszystkie klasyczne ku temu objawy (ból, wysoka t⁰, wypięcie błony). Wydaje nam się, że w zapaleniu odrowem uszu nie należy zbyt długo zwlekać z przekłuciem błony bębenkowej. Objawy, wskazujące wzmożone ciśnienie wysięku zapalnego w uchu środkowem, powinny wcześniej (niż w innych sprawach zakaźnych) skłonić do wykonania paracentezy.

Również w tych przypadkach, w których t^0 nie była zbyt wysoka i bóle nie były wielkie, lecz gdy obraz otoskopowy wykazywał duże zmiany, nieustępujące w ciągu szeregu dni, uważaliśmy za wskazane wykonać paracentezę.

Spostrzegaliśmy kilka przypadków, w których objawy były tak niewielkie, że nie było mowy o wykonaniu przekłucia błony bębenkowej, a jednak już następnego dnia pojawiało się ropienie. Być może, że niewielkie nasilenie objawów w wielu przypadkach zapalenia odrowego ucha stoi w związku z ogólną anergją ustroju w przebiegu choroby zakaźnej. Niektórzy autorzy podkreślają, że paracentezę należy wykonywać w zapaleniu odrowem nie tylko wtedy, gdy są dowody zatrzymywania się ropy, lecz gdy błona bębenkowa jest nacieczona, szarawa, wygląda, jakby „zwarzona".

Paracentezy przez nas wykonywane miały różny wpływ na przebieg cierpienia. Zwykle t^0 spadała, jednak zazwyczaj powoli, bolesność wyrostka natomiast ustępowała dość szybko. W 4 przypadkach t^0 pomimo dokonanego przekłucia błony utrzymywała się. W dwu z tych przypadków doszło do zapalenia wyrostka sutkowego, w dwu wystąpiło zapalenie drugostronnego ucha środkowego. W ostatnich 2 przyp. po paracentezie drugiej błony bębenkowej t^0 zaczęła opadać. Stąd wniosek, że brak opadania t^0 po paracentezie winien zawsze budzić przypuszczenie,

że jest też zapalenie drugiego ucha lub też inne powikłanie.

Po dokonaniu przecięcia błony bębenkowej wyciek z ucha był w każdym z naszych przypadkow obfity, nie było zatem ani razu potrzeby wykonania ponownej paracentezy. W jednym z naszych przypadków, po obustronnej paracentezie, stwierdziliśmy po dwuch dniach w miejscu cięcia duże otwory podłużne o grubych brzegach. Jedna z tych błon bębenkowych na pierwszy rzut oka mogła nasuwać przypuszczenie istniejącej przewlekiej sprawy zapalnej.

Ropienie uszne wpływa, jak to zauważył Haug, na przebieg odry; obraz chorobowy staje się niewyraźny, wysypka występuje później niż zwykle. W jednym z naszych przypadków obustronnego ropnego zapalenia ucha środkowego spostrzegaliśmy zblednięcie wysypki odrowej, które zaczęło się już nazajutrz po jej pojawieniu się.

Zapalenie ucha środkowego występowało, z jednej strony, u pacjentów, u których odra przebiegała ciężej, lub też ustrój wykazywał ogólną małą oporność, a, z drugiej strony, wywierało niewątpliwie ujemny wpływ na powrót chorego do zdrowia. Szczególnie dzieci z upośledzonym stanem odżywienia wykazywały na skutek długotrwałego ropienia usznego osłabienie sił ustroju. Często u dzieci takich obok zapalenia ucha środkowego były i inne powikłania.

W przypadkach otitis media simplex, obok sprawy usznej, mieliśmy 2 razy zapalenie płuc, 3 razy zapalenie miedniczek nerkowych, raz błonicę nosa; 4 razy zapalenie ropne ucha środkowego było prócz tego powikłane zapaleniem płuc, 2 razy zapaleniem płuc i zapaleniem miedniczek nerkowych, jeden raz zapaleniem płuc i błonicą nosa, trzy razy zapaleniem miedniczek nerkowych oraz jeden raz błonicą gardzieli i krtani.

W niektórych przypadkach zapalenie ucha środkowego występowało obustronnie; mieliśmy 7 przyp. obustronnych zwykłych zapaleń ucha środkowego oraz 8 ropnych zapaleń jego.

Podajemy niżej szereg wyciągów z kart szpitalnych w przypadkach odry, w których wystąpiły powikłania ze strony ucha środkowego.

Nr. Ks. Gł. 2019, Sz. M. l. 8. Przybyła na oddział 17.VI.28 r. 17.VI na ciele wysypka odrowa. Objawy kataralne spojówek, nosa

i gardzieli. W płucach liczne furczenia i świsty. Serce granice prawidłowe, 2 tony dzwięczne. Wątroba i śledziona macalne. 18.VI.28 wysypka trwa; samopoczucie niezłe. Dużo kaszle. W płucach od tyłu obustronnie poniżej grzebieni łopatki liczne rzężenia, t° 38.4. 19.VI t° 39.1. Bolesność uszu. W płucach stan bez zmian.

Ucho lewe — zaczerwienienie i obrzmienie błony bębenkowej w górno-tylnym odcinku. Na pozostałej części błony liczne naczynia krwionośne, promienisto ułożone, w kształcie cieniutkich nitek. Ogólny obraz nieco zatarty. Odblask zachowany. W przedniodolnej części błona bębenkowa wykazuje szereg dodatkowych odblasków. Powierzchnia błony w tem miejscu niegładka.

Ucho prawe: Błona bębenkowa w górno-tylnej części znacznie zaczerwieniona i wypięta; w ½ wypięcia poprzeczne przebiegające naczynia w postaci czerwonych linij.

Obydwa wyrostki sutkowe niebolesne. Słuch <. 21.VI t° 37.4. Bolesność uszu mniejsza, wysypka blednie. W płucach mniej rzężeń i furczeń. Kaszel nieznaczny. Ogólny stan chorej niezły. W uszach zaczerwienienie błon bębenkowych znacznie mniejsze; wypięcia niema. 23.VI t. 36,9. Wysypka blada. W płucach nieliczne zmiany. Ogólny stan dobry. Ucho lewe — błona Shrapnella oraz górno-tylna część błony napiętej jest nieznacznie zaczerwieniona. Ucho prawe. Wzdłuż młoteczka i w tylnej części błony szereg cieniutkich naczyń krwionośnych. 25.VI. t.37.4. Ślady wysypki. W płucach nieliczne zmiany utrzymują się. Niewielki kaszel. Ucho lewe: lekkie zaczerwienienie tylno-górnej części błony bębenkowej, Ucho prawe — norma, 28.VI. t. 36.6. Wypisany; zdrów.

W przypadku powyższym było zwykłe obustronne zapalenie ucha środkowego w przebiegu odry w okresie wczesnym. Objawy ze strony uszu ustąpiły pod wpływem leczenia zachowawczego.

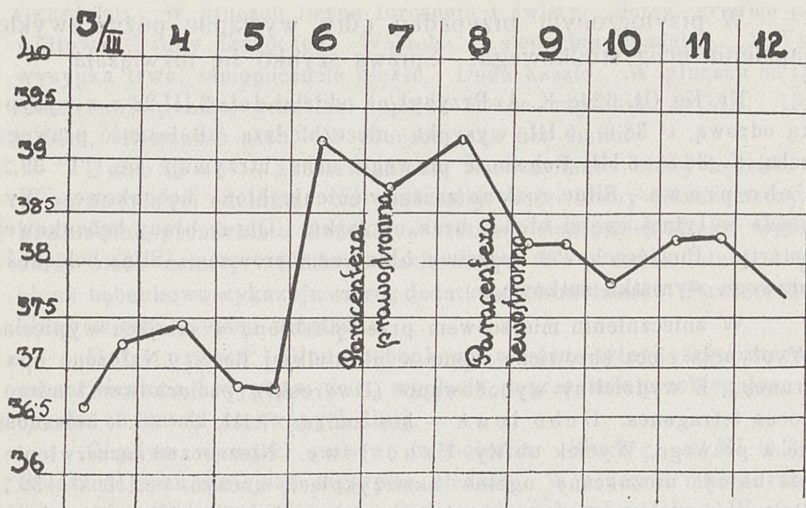
Nr. Ks. Gł. 1504. L. 25 M. E. Przybyła 23.V.27 r. z wyraźną wysypką odrową. W narządach wewnętrznych—poza nielicznemi furczeniami w płucach — bez zmian. 25.V. t° 37. Zblednięcie wysypki. 29.V. t° 36.4. Ślady po wysypce. 30.V t° 36.4. Ból ucha prawego. Ucho prawe — Błona bębenkowa w części górno-tylnej oraz błona Shrapnella silnie zaczerwieniona; nastrzyknięcie naczyń wzdłuż młoteczka. Część zewnętrznego przewodu słuchowego od tyłu zaczerwieniona. Bolesności dotykowej wyrostka sutkowego niema. Słuch nieznacznie <. Ucho lewe.—W przedniej części błony bębenkowej niewielkie złogi wapienne, w tylnej zaczerwienienie słabe, wzdłuż stria malleolaris nastrzyknięte naczynia. 31.V. t°. 36.4. Bóle ucha prawego mniejsze; zaczerwienienie błon bębenkowych mniejsze, niż wczoraj. 1.VI t°. 36.6. Błony bębenkowe nie wykazują ani zaczerwienienia, ani jakiegokolwiek odczynu.

W przytoczonym przypadku cdry wystąpiło późne zwykłe zapalenie ucha środkowego. Sprawa szybko się rozwiązała.

Nr. Ks. Gł. 6248. K. A. Przybył na oddział dnia 3.III.28 r. z wysypką odrową, t° 38,6. 5.III wysypka nieco bledsza. Bolesność prawego ucha, t°. 36.8. 6.III. Bolesność prawego ucha utrzymuje się. T° 39,2. Ucho prawe. Silne rozlane zaczerwienienie błony bębenkowej. Wypięcie w tylnej części błony, brak odblasku. Obraz błony bębenkowej zatarty. Powierzchowne warstwy błony zmacerowane, Silna bolesność prawego wyrostka sutkowego.

W znieczuleniu miejscowem przecięto błonę w miejscu wypięcia. Wypłynęła ciecz surowiczo-ropna w niewielkiej ilości. Nałożono opatrunek. Z wydzieliny wyhodowano (Dworecki) paciorkowce i micro cocus tetragenes. Ucho lewe -- bez zmian. 7.III; t°—38.6, bolesność ucha prawego. Wyciek obfity. Ucho lewe. Nieznaczne zaczerwienienie błony; nieznaczne ogólne nastrzyknięcie naczyń. 8.III, t°—39.2. Bolesność ucha prawego niewielka, większa lewego. Samopoczucie +. W narządach wewnętrznych bez zmian. Ucho prawe. Obfita wydzielina. Po wytarciu stwierdza się ogólnie zaczerwienioną błonę bębenkową, tętnienie w miejscu paracentezy. Bolesność z dotyku niewielka. Ucho lewe. Silne zaczerwienienie błony, wypięcie w górno-tylnej części. Zatarcie rysunku. Silny ból wyrostka z dotyku. W miejscu wypięcia paracenteza w znieczuleniu miejscowem; ukazała się ciecz surowiczo-krwawa. Badanie bakterjologiczne (Dworecki): śród skąpej ilości saprofitów, głównie ziarniaków, stwierdzono. paciorkowce. 9.III, t°.—38. Samopoczucieniezłe. Obfity ropotok z uszu. 10.III, t°.—38.2. W płucach rozlane furczenia oraz rzężenia, zwł. z tyłu. Silny kaszel. Tony serca dźwięczne. Ucho prawe. Obfita wydzielina, po wytarciu stwierdza się rozlane zaczerwienienie błony. W górno-tylnej części otwór owalny o nacieczonych brzegach, skąd wydobywa się wydzielina tętniąca. Bolesności wyrostka z dotyku niema. Ucho lewe. Obfita wydzielina ropna. Po usunięciu jej w miejscu paracentezy duża podłużna perforacja o grubych brzegach, poprzez nią widoczna boczna ściana jamy bębenkowej. 11.III, t°—38.2. Silny kaszel. W płucach zmiany trwają. Wydzielina obfita. Wyrostki sutkowe niebolesne. 12.III, t°. — 37.6. Wypisany w stanie poprawy na żądanie rodziców. Krzywa ciepłoty: (patrz str. 28).

W powyższym przypadku wystąpiło w okresie istniejącej jeszcze wysypki z początku zapalenie jednego ucha, a potem i drugiego. Należy zatem przypuszczać, że było to wczesne obustronne zapalenie ucha środkowego w przebiegu odry. Ze względu na stan chorego wykonano obustronnie paracentezę;

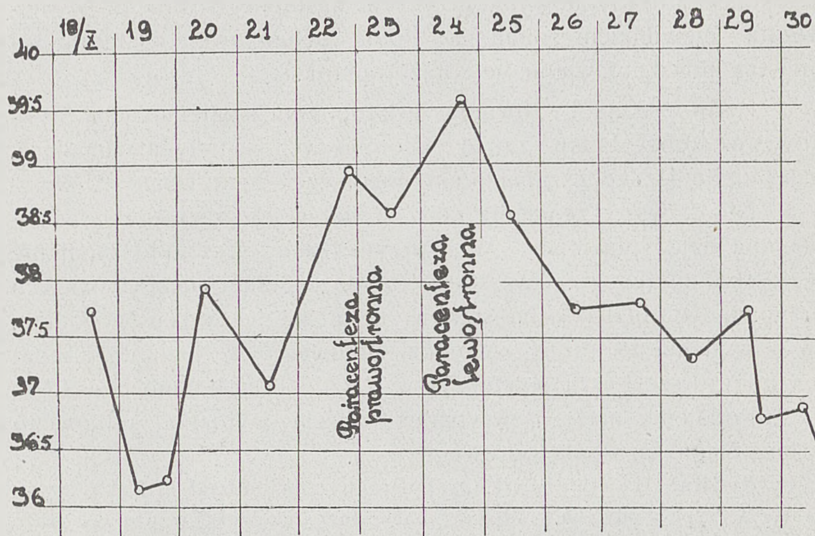


wywarła ona zarówno wpływ na spadek ciepłoty, jak i na zmniejszenie się bólu wyrostków. T⁰ po drugiej paracentezie była jeszcze nieco podwyższona wskutek powikłania oskrzelowego.

Nr. Ks. Gł. 4921 P. Z. Przybył 18.X.28 r. z wyraźną wysypką odrową T⁰.—37.8. W narządach wewnętrznych +. 19.X. t⁰ 36. Wysypka. Samopoczucie +. 22.X t⁰ 39. Chora skarży się na bolesność uszu. Narządy wewnętrzne +. Lekkie rozlane zaczerwienienie i obrzmienie błon bębenkowych, zwł. prawej. 23.X. 38.4. Ucho lewe. Silne zaczerwienienie błony. Nastrzyknięcie naczyń. Rysunek lekko zatarty. Ucho prawe: zaczerwienienie, wypięcie błony rysunek zatarty. Silny ból praw. wyrostka sutkowego. Szept uchem lewem słyszalny z odległości 1 metra, prawem z odległości 10 cm. Paracenteza prawej błony: ciecz surowiczo-krwawa. Opatrunek. Wieczorem t⁰. 39.6 24.10; t⁰—39.8. Ucho prawe. Obfita wydzielina, po wytarciu stwierdza się rozlane zaczerwienienie błony bębenkowej. Ucho lewe. Zaczerwienienie rozlane błony, ogólnie zatarty rysunek. W przedniej części maleńka perforacja, stąd wśród tętnienia niewielka ilość wydzieliny. Bolesność wyrostka lewego. Obustronnie szept ad concham, mowa potoczna ½ metra. Paracenteza tylnej części lewej błony. Opatrunek. 26.X. t⁰—38.6. Bóle uszu mniejsze, wydzielina obfita surowiczo-ropna. W płucach rozlane furczenia. Kaszel. Bóle głowy. 26.X t⁰ 37.6. Obfita wydzielina z ucha. Po wytarciu rozlane zaczerwienienie błon bębenkowych. Bolesność uszu niewielka. 29.X. t⁰—36.7. Samopoczucie +. Kaszel ustąpił. W płucach nieliczne furczenia. Bolesność na dotyk lewego wyrostka sutkowego, wydzielanie obfite.

31.X t° 37.1. Ucho prawe—wyciek niewielki śluzowo-ropny. Ucho lewe. Bolesność wyrostka z dotyku, zwł. w okolicy jamy sutkowej. Z przewodu obfita ropa. Po wytarciu zaczerwieniona błona bębenkowa. Obrzmienie w tylnej części. Tętnienie. 1.XI t° 36.5. Bolesności wyrostków niema. Z przewodów obfity ropotok. Stan ogólny +. Wypisano.

Krzywa ciepłoty:



Przypadek powyższy jest przykładem obustronnego zapalenia ucha środkowego w odrze w okresie powysypkowym. Wykonano tu obustronną paracentezę, przyczem w uchu lewem niewielka perforacja nie wystarczała dla odpływu wydzieliny, to też musiano wykonać dodatkowe przecięcie błony.

T° po paracentezach opadała powoli.

Nr. Ks. Gł. 7570. K. St., 6 l.

Przybył na oddział 11.III. 29 r. z bladą wysypką odrową od 4 dni. Wyraźne objawy nieżytowe śluzówek. W płucach liczne średnio i drobno-bańkowe rzężenia. Gruczoły podszczękowe i szyjowe macalne wielkości grochu, niebolesne. T° 39°. 12.III t°. 38. Ogólny stan bez zmiany. Wysypka. 13.III. t°. 39. Skarży się na bolesność ucha prawego. W płucach liczne rzężenia i furczenia utrzymują się. Ucho lewe—norma. Ucho prawe — niewielkie zaczerwienienie błony, nastrzyknięcie jej naczyń. Szczegóły błony widoczne. Refleks zachowany; w tylnej części błona nieco obrzmiała. Dziecko zanosi się przy

kaszlu. W moczu: 30-50 leukocytów w polu widzenia, 2 — 3 świeże krwinki, nabłonki dróg moczowych. 14.III; t°. 39.6. Z przewodu zewnętrznego prawego wyciek ropny, po wytarciu widać perforację tylno-dolnej części błony, tu nieznacznie zaczerwienionej. Płuca+. Ucho lewe norma. T° utrzymywała się na tym poziomie 4 dni, już bez objawów w narządzie słuchu.

W przypadku powyższym było zapalenie ucha środkowego w okresie powysypkowym, przyczem następnego dnia po stwierdzeniu niewielkich zmian na błonie bębenkowej nastąpiło samoistne przedziurawienie jej oraz ropotok.

Podwyższoną t°, towarzyszącą ropnemu zapaleniu ucha środkowego, wobec braku zmian chorobowych w innych narządach, należało tu łączyć z zapaleniem miedniczek nerkowych.

Nie zawsze zapalenia ucha środkowego przebiegały łagodnie, nie dając powikłań. W 3 przypadkach wystąpiło zapalenie wyrostka sutkowego. W stosunku do ogólnej liczby naszych przypadków zapaleń ucha stanowi to 5,7%. Gardiner podaje, że powikłania ze strony wyrostka sutkowego w przebiegu zapaleń poodrowych uszu występują w 2.3%. Hecht mówi o 3,3%.

Podajemy niżej 1 przypadek zajęcia wyrostka sutkowego w przebiegu zapalenia odrowego uszu.

Nr. Ks. Gł. 5486 St. K. 24 J. Przybył na oddział 11.I.28 r. z wyraźną wysypką odrową. Objawy kataralne śluzówek, w płucach dużo furczeń. Serce +, gruczoły chłonne na szyi macalne. T° 38.2. 12.I. Wysypka bledsza, pozatem stan bez zmiany. T°.—38. 15.I. Wysypka blada. Kaszel, chrypka, furczenia i grubo-bańkowe rzężenia. Obrzmienie tylnej ściany krtani oraz rzekomych strun głosowych. Struny prawdziwe +, ruchomość ich nieznacznie upośledzona. T°.—37. 17.I. Bóle w uchu lewem; t° 37,4. Głos prawie normalny. Kaszel ustąpił. Ucho lewe. Błona b. zaczerwieniona u góry, tylna część z odcieniem mlecznym. Nastrzyknięte naczynia krwionośne; na błonie 2 pęcherze. Jeden od góry i tyłu, drugi pośrodku powierzchni bledszej od otaczającej tkanki. Ucho prawe bez zmian: 18.I. t°. 38,4. Bolesność wyrostka. Otoskopowo obraz podobny do wczorajszego, jednakże rysunek błony bardziej zatarty. W znieczuleniu miejscowem paracenteza: ciecz mętna, pęcherze gazu. Opatrunek. 19. I. t°. 48. Obfity ropotok. Błona zmacerowana. W miejscu cięcia tętnienie. Słuch: szept — 20 ccm; mowa potoczna z 1½ m.. 21.I. t°. bez zmian. Chory osłabiony; źle sypia. Otoskopowo idem. Badanie bakterjologiczne ropy z paracentezy (Dworecki): z posiewu drobnoustroje nie wyrosły; drogą biologiczną (zastrzyk białej myszce) wyodrębniono czysty szczep

paciorkowców hemolizujących. 23.I. t°. 37.6. Wczoraj wieczorem 38.8, 24.I. t°. 37.8. Nad dolnym i górnym płatem po str. prawej rozlane świsty. B. obfity ropotok lewostronny. 26.I. t°. 27.6, wczoraj wieczorem 38,8°; obfity wyciek ropny. Otoskopja. Wypięcie tylno-górnej części błony lewej oraz błony Shrapnella, obrzęk górnej ściany przewodu, perforacja w tylnej części; bolesności wyrostka niema. 28.I; t°. —37.4, wczoraj wieczorem 40°, słuch: szept 0, mowę potoczną z $^1/_2$ mtr. Oczopląs —; wyrostek niebolesny. 30.I; t°. 37.7 Chory osłabiony, blady, wychudzony. Tętno słabo napięte, 90 na min.; tony serca głuchawe. Wyciek obfity, bolesności wyrostka niema; słuch, jak poprzednio. 31.I. Operacja (Tencer). Typowe cięcie za uchem. Oddzielono okostnę. Po pierwszem uderzeniu dłutem ropa; dłutowano w kierunku jamy sutkowej. Pneumatyzacja słabo wyrażona, corticalis dość gruba. Kość rozmiękczona, spróchniała. Rozległe zniszczenie kości. Tylna ściana po części zniszczona. Duże zmiany u wierzchołka wyrostka oraz w kierunku tylnej jamy czaszkowej. Przed ostatnią blaszką kostną nad zatoką dużo ziarniny. Zatokę obnażono na niewielkiej przestrzeni, wyskrobano jamę sutkową, usunięto schorzałą tkankę kostną. Powstała duża jama pooperacyjna. Nałożono opatrunek.

W ropie, wziętej podczas operacji, paciorkowce hemolizujące, ze krwi posiew ujemny. Gojenie bardzo dobre.

W szeregu przypadków występowało w przepiegu odry w związku z zapaleniem ucha środkowego silne podrażnienie wyrostka sutkowego, które jednak pod wpływem leczenia zachowawczego ustępowało.

W jednym przypadku objawy zajęcia wyrostka sutkowego, jak bolesność za uchem, zwłaszcza w okolicy jamy sutkowej, odczuwanie przez chorego „pukania“ w głowie, synchronicznego z tętnem, obniżenie słuchu dużego stopnia i opuszczenie górno-tylnej ściany ustąpiły pod wpływem leczenia zachowawczego po 2 tygodniach.

Tło bakteryjne spraw zapalnych ucha środkowego w odrze, jak było powiedziane, jest różne w zależności od okresu ogólnej choroby zakaźnej, w której przebiegu nastąpiło powikłanie uszne. Zapalenie ucha środkowego wczesne jest wyrazem ogólnej infekcji odrowej, natomiast zapalenie późne bywa wywołane przez zakażenie wtórne, szerzące się przez trąbki słuchowe. Jednakże i we wczesnych zapaleniach odrowych uszu może przyłączyć się do zasadniczej sprawy zakażenie i innemi drobnoustrojami zakaźnemi.

Badając wydzielinę z jamy bębenkowej, otrzymaną bezpośrednio po przecięciu błony, stwierdzaliśmy zawsze w niej różne drobnoustroje. Należy jednak zaznaczyć, że nie zawsze jest miarodajne badanie wydzieliny z przewodu słuchowego, uzyskanej nawet w czasie paracentezy. Zupełnie pewne wyniki otrzymuje się natomiast, badając ropę wziętą w czasie zabiegu na wyrostku sutkowym. W przypadkach operowanych wyhodowano z ropy paciorkowce hemolizujące. W wydzielinach, uzyskanych bezpośrednio po przecięciu błon bębenkowych, stwierdzono różne bakterje chorobotwórcze i saprofity: gronkowce, paciorkowce, pneumokoki, laseczniki rzekomobłonicze, czworaczki oraz ziarniaki. W jednym przypadku w ropie po paracentezie były dwoinki typu pneumokokowego oraz laseczniki rzekomobłonicze, natomiast z ropy wziętej w czasie wydłutowania wyrostka sutkowego wyhodowano paciorkowce hemolizujące.

Inni (S c h e i b e, H a b e r m a n n i W o l f f) stwierdzili w ropie w przypadkach zapalenia odrowego uszu gronkowce białe i złociste oraz pneumokoki.

Badanie krwi w przypadkach odrowego zapalenia uszu nic znamiennego nie dały. Należy jednak zaznaczyć, że obraz krwi w odrze pod wpływem istniejącego powikłania ze strony narządów słuchu ulegał zmianie; zjawiała się neutrofilowa leukocytoza z nieznacznem przesunięciem obrazu A r n e t h a w lewo.

Otitis morbillosa jest, naogół wziąwszy, dla życia mało niebezpieczna, mniej może niż t. zw. otitis media genuina. Niektórzy starają się zjawisko to wytłumaczyć. S c h e i b e sądzi, że przyczyna niewielkiego niebezpieczeństwa zapaleń odrowych uszu zależna jest od małej reakcji miejscowej osłabionego organizmu, wskutek czego rzadziej dochodzi do zatrzymywania się ropy w wyrostku sutkowym (empyema), co zazwyczaj stanowi wstęp do powikłań wewnątrzczaszkowych. S c h l i t t l e r uważa, że chodzi o przeciwstawienie się opony twardej pewnym sprawom zakaźnym, i że symbioza niektórych zarazków chorobotwórczych z bakterjami ropnemi natrafia na duże przeszkody w przenikaniu poprzez oponę twardą.

Lecznicze zwalczanie zapalenia uszu w przebiegu odryjest naogół takie, jak w otitis media genuina, pamiętać tylko zawsze należy, że chory, dotknięty cierpieniem narządu słuchu, przebył niedawno ogólną chorobę zakaźną, która ujemnie wpłynęła na siły ustroju.

Należy wobec tego pamiętać o potrzebie dokładnego spostrzegania powikłań usznych w odrze, gdyż zapalenia ucha środkowego, powstałe w związku z przebytą chorobą zakaźną, przejść mogą w stan przewlekły. Szczególnie łatwo dochodzi do przewlekłego ropienia w postaciaciach martwiczych, gdy w błonach bębenkowych są duże perforacje; przez te drążą saprofity do jamy bębenkowej i podtrzymują tu stan zapalny czas dłuższy.

Według statystyki — 7-9% chronicznych zapaleń ucha środkowego wiąże się z przebytą odrą. Zjawia się tu pytanie, czy w stanie jesteśmy zapobiegać wystąpieniu powikłań usznych w przebiegu odry. Można najwyżej mówić o zapobieganiu późnym zapaleniom odrowym uszu, wczesne bowiem są wyrazem ogólnej sprawy zakaźnej.

W czasie wysypki odrowej i w okresie późniejszym należy zatem zwracać dokładną uwagę na stany nieżytowe nosa i gardła. Zagadnienie zapobiegania powikłaniom usznym w odrze stoi w związku z kwestją zależności zapaleń ucha środkowego w odrze od innych czynników.

Stwierdziliśmy, że powikłania uszne w odrze są częstsze w końcu zimy i na jesieni.

Częściej występowały zapalenia odrowe ucha środkowego u dzieci, obarczonych skazą wysiękową, krzywicą i przerostem pierścienia Waldeyera.

Wogóle wszelkie czynniki, które ujemnie wpływały na ogólną oporność ustroju w przebiegu odry, sprawiały, że zapalenia odrowe uszu przebiegały gorzej i trwały długo.

Streszczenie i wnioski.

Powikłania ze strony narządu słuchu w przebiegu odry są bardzo częste. W 11% na ogólną liczbę 478 przypadków odry stwierdzono zapalenie ucha środkowego. Szczególnie często występowały powikłania uszne u dzieci do lat trzech. Rzecz wielce prawdopodobna, że w wielu przypadkach istnieją już zmiany anatomopatologiczne, gdy badanie otoskopowe wypada jeszcze ujemnie. Należy odróżniać, ze względu na etjologję i patogenezę, zapalenia odrowe ucha środkowego wczesne od późnych. Zapalenia odrowe późne przebiegają gorzej i częściej prowadzą do powikłań, niż wczesne. We wszystkich przypadkach, w których dochodzi do ropienia, sprawę wywołują drobnoustroje,

przenikające do ucha środkowego poprzez trąbkę słuchową. Liczba powikłań usznych w odrze zależna jest od pory roku i od nasilenia poszczególnej epidemji. Krzywica, skaza wysiękowa i przerost pierścienia W a l d e y e r a ułatwiają wystepowanie zapalenia ucha środkowego w odrze. Zapalenie odrowe ucha środkowego, zwł. w okresie anergji ustroju, może przebiegać napozór bezobjawowo. Należy zatem pamietać o doniosłości badania narządu słuchu w przypadkach odry.

PIŚMIENNICTWO.

A. Fr. Hecht — Die akute Mittelohrentzuendng als Kinderkrankheit, J. Springer, Wien, 1928.

Finkelstein. Lehrbuch d. Säuglingskrankheiten, 1924.

Teissier — Nouveaa traité de médecine, t. II,1922.

Pfaundler i Schlossmann — Handbuch der Kinderheilkunde, 1924.

G. Alexander — Die Ohrenkrankheiten im Kindesalter, 1927.

A. Denker i O. Kahler — Handbuch der Hals, Nasen, u. Ohrenheilkunde, t. VII, cz. 2. 1926

Sargnon — Zapalenie ucha środkowego u dzieci. Wiedza Lekarska N. 1—4, 1928

E. Urbantschitsch — Uber Masernotitis, Wien. med. Woch. N 34, 1927.

Kolle i Hetsch — Die experimentelle Bakteriologie u. die Infektionskrankheiten, 1922.

Z oddziału fizjoterapeutycznego (Kierownik J. Rotstadt).

O wpływie kąpieli kwasowęglowych na układ krążenia[1])

podał
Daniel Hirszbajn (Warszawa).

Od dziesiątków lat kąpiele kwasowęglowe odgrywają odrębną rolę w terapji chorób układu krążenia, znajdują coraz większe zastosowanie, cieszą się coraz większem powodzeniem zarówno w opinji wielu lekarzy, jak wśród laików.

Wyniki dodatnie, przedmiotowe i podmiotowe, osiągane niewątpliwie w krajowych oraz zagranicznych zdrojowiskach zapomocą kąpieli kwasowęglowych, a często stwierdzane i po sztucznych, są dowodem ich wartości leczniczej. Empirycznie więc niewątpliwie została ona już dawno stwierdzona, naukowo jednak wciąż jeszcze jest niezupełnie wyjaśniona i uzasadniona. Jak wynika z dotychczasowych badań klinicznych i fizjoterapeutycznych wogóle, działanie kąpieli kwasowęglowej składa się z czynnika mechanicznego, cieplnego i chemicznego; łącznie wywołują one różnorodne odczyny i wpływają w wieloraki sposób na czynność tkanek.

W kąpieli kwasowęglowej (i czas pewien po niej) następuje większa lub mniejsza zmiana rozmieszczenia krwi, wzmożenie szybkości biegu krwi, usprawnienie, wyrównanie czynności serca, zwiększenie dopływu krwi do narządów wewnętrznych i układu nerwowego, zwolnienie oraz pogłębienie oddechu. Zjawiska te zkolei polepszają czynność organów wewnętrznych, układu nerwowego, skóry, stąd więc wzmocnienie naturalnych środków obronnych chorego organizmu. W działaniu leczniczem kąpieli kwasowęglowych wyżej wymienione odczyny szczególnie dodatni wpływ wywierają właśnie na sprawność czynności układu krążenia. Naturalne środki obronne, których uruchomić chory organizm nie jest w danym momencie w stanie, przez metodyczne i racjonalne leczenie kąpielami kwasowęglowemi udaje się znacznie wzmóc, pracę serca i krążenie łatwiej przystosować do upośledzonych warunków chorego organizmu. Tak więc, bez pomocy środków farmakologicznych, można, okresowo stosując kąpiele kwasowęglowe, jakby ćwiczyć układ krążenia, aby naturalnemi

[1]) Rzecz wypowiedziana na Konkursie odczytowym dn. 29. III. 29 r.

środkami organizmu wyrównać rytm serca i napięcie naczyń. Aby ten cel ogólny osiągnąć najlepiej stosować, jak doświadczenie wskazuje, kąpiele kwasowęglowe o ciepłocie 26°—30° R — po uwzględnieniu, rozumie się, zawsze indywidualnych warunków danego przypadku i typu choroby układu krążenia. Badanie kliniczne u źródeł i doświadczalne stwierdzają, że przy ciepłocie powyżej 30° R wysuwa się na plan pierwszy w działaniu kąpieli kwasowęglowej jej ciepłota, osłabia ona działanie korzystne kąpieli CO_2, wywołuje szereg wtórnych zmian. To samo odpowiada kąpielom kwasowęglowym o ciepłocie poniżej 26° R. Należy w tem miejscu szczególnie podkreślić, że gdy w sztucznych kąpielach kwasowęglowych ilość kwasu węglowego jest zupełnie niezależna od ciepłoty kąpieli, to w naturalnych przeciwnie, w miarę podnoszenia ciepłoty kąpieli CO_2 ilość kwasu węglowego stopniowo się zmniejsza. Dzieje się tak z tego powodu, że u zdrojów wodę z zawartym już w niej kwasem węglowym nalewa się do wanny i tu w niej dopiero ogrzewa parą, a przy procedurze takiej ogrzewania ulatnia się z wody kwas węglowy.

Jak z tego wynika, w kąpieli CO_2 o ciepłocie poniżej 26°R ilość kwasu węglowego jest bardzo duża, znacznie większa niż w kąpielach kwasowęglowych od 26° — 30° R. Ale zbyt silne działanie bodźca chłodnego, wzgl. zimnego, na czynność serca odrazu, już na początku kąpieli, choć zazwyczaj później wyrównywane przez następcze uczucie ciepła, pozwala naogół korzystać z bodźców termicznych o niskiej ciepłocie w bardzo rzadkich przypadkach chorób serca i naczyń. W większości wskazań chodzi o ogólne podziałanie kąpielą kwasowęglową — bez szczególnie silnych bodźców. Jak już zaznaczyłem na początku, istota działania leczniczego kąpieli kwasowęglowych nie jest ściśle dotąd ustalona. Wielu różnie się na tę sprawę zapatruje. Hugo Schmidt, który prowadził badania w sanatorjum w Nauheim, doszedł w swojej pracy do wniosku, że wyniki, osiągane przez kąpiele kwasowęglowe, są naogół bardzo zmienne. Tętno naprz., w niektórych przypadkach pozostaje zupełnie niezmienione, a nawet wtedy, gdy ogólne samopoczucie dodatnie wskazuje na pomyślny w danym momencie wpływ kąpieli kwasowęglowej. W innych znów przypadkach napięcie tętna niewątpliwie wyraźnie wzmacnia się, rytm staje się bardziej miarowy. Tętno może również nie ulegać żadnym zmianom, rzadziej ulega przyśpiesze-

niu, przeważa natomiast wyraźne zwolnienie tętna, stwierdzane w poszczególnych przypadkach w serji doświadczeń. Jakość tonów serca poprawia się. Już te objawy każą myśleć, że wpływ kąpieli kwasowęglowych na układ krążenia zależy najprawdopodobniej głównie od tego lub innego zachowania się odczynu naczyniowego.

W poglądzie na to podstawowe zjawisko istnieje znaczna rozbieżność zdań. O. Müller i Liwschitz, którzy prowadzili badania nad wpływem kąpieli kwasowęglowych sztucznych, twierdzą, że przy normalnym odczynie obwodowe naczynia znacznie się kurczą, a przez zjawisko to serce, ośrodek krążenia, zostaje podrażnione, pobudzone do prężniejszej działalności. I gdy na całym obwodzie opór naczyniowy się zwiększa, równolegle i jednocześnie z obwodowem zwężeniem następuje — zgodnie z teorją Dastr - Moratscha, — odmienny odczyn w naczyniach ośrodkowych, a mianowicie, następuje ich rozszerzenie, a przez to zostaje osiągnięte zmniejszenie ogólnego oporu naczyniowego.

J. Fischer natomiast, opierając swe poglądy na badaniach wpływu i wyników kąpieli kwasowęglowych naturalnych w Nauheim, twierdzi, że — w odróżnieniu od kąpieli sztucznych — naturalne właśnie wywołują rozszerzenie naczyń obwodowych i przez to sprzyjają obniżeniu oporu obwodowego. Dzięki temu w metodycznem postępowaniu leczniczem naturalnemi kąpielami kwasowęglowemi osiąga się oszczędzanie lewego serca, a przez jednoczesne pogłębianie oddechu szczędzi się prawe serce.

Lacroze przypisuje skuteczność działania kąpieli kwasowęglowych przedewszystkiem zawartemu z nich in statu nascendi kwasowi węglowemu.

Działanie kąpieli CO_2 ujawnia przedewszystkiem zaczerwienienie skóry i wzmożone obwodowe krążenie krwi. W związku z tem następuje odprężenie, ułatwienie w ośrodkowem krążeniu i dla działalności serca, a stąd zwolnienie tętna, pogłębienie oddechu, spadek ciśnienia, wzmożenie diurezy, ogólna zmiana dodatnia samopoczucia i często znaczna euforja.

H. Kisch również spostrzegał rozszerzenie obwodowych naczyń pod wpływem kąpieli kwasowęglowych, zwolnienie tętna, wzmożenie ciśnienia, pogłębienie oddechu; przez rozmieszczenie dodatnie, bardziej równomierne, krwi, kąpiele kwasowęglowe, zdaniem Kischa, działają odciążająco na serce i jego czynność.

Jako na znamienny objaw dodatni, na zmianę korzystną rozmieszczenia krwi pod wpływem kąpieli kwasowęglowych, a nie na ciśnienie, kładzie też nacisk Jean Heitz, przyczem twierdzi, że ciśnienie krwi nie w jednakowym stopniu zmienia się we wszystkich naczyniach, a mianowicie ulega znaczniejszym zmianom w naczyniach większych. To ostatnie spostrzeżenie jest jednak niezupełnie zrozumiałe. — Zdaniem Munka uczucie łagodnego ciepła, które odczuwa się w kąpieli kwasowęglowej oraz wyraźnie zaznaczone przekrwienie skóry, następuje na skutek chemicznego działania kwasu węglowego. Gdy przekrwienie w zwykłych ciepłych, wzgl. gorących, kąpielach jest wynikiem napełnienia naczyń obwodowych na drodze odruchowej, to w kąpielach kwasowęglowych przekrwienie skóry występuje tylko tam, gdzie styka się ona bezpośrednio z osiadającemi na skórze perlącemi się pęcherzykami kwasu węglowego. Stąd wniosek Munka, że nie chodzi tu o działanie odruchowe, a o bezpośredni, swoisty, wpływ bezwodnika kwasu węglowego na skórę. Niema tu ogólnego wpływu kwasu węglowego, a działanie dodatnie powoduje tylko anion CO_2.

Według przypuszczeń Winternitza bezwodnik kwasu węglowego przedostaje się z kąpieli do krwi, a przez powiększenie ilości CO_2 we krwi powstaje przekrwienie skóry. Przyczyną przekrwienia skóry w kąpieli kwasowęglowej jest, zdaniem Munka, zwiększenie ilości CO_2 w naczyniach włosowatych, a zkolei, naskutek rozszerzenia naczyń obwodowych i obwodowego przekrwienia, praca serca zostaje znacznie ułatwiona, odciążona. Przeciwnego zdania co do rezorbcji CO_2 jest Engel — przypisuje bezwodnikowi kwasu węglowego, jako bodźcowi, drażniącemu skórę, rolę drugorzędną. Możnaby istotnie, jak sądzi, osiągnąć zwiększoną rezorbcję CO_2, lecz przez znaczne przedłużenie czasu kąpieli (do kilku godzin), ale względy praktyczne ze zrozumiałych powodów sprzeciwiają się temu, a wogóle rzecz wątpliwa, czyby przez to osiągnięto większe jakie korzyści lecznicze.

Zwolennikiem poglądu o istotnym wpływie terapji kąpielami kwasowęglowemi na podniesienie ciśnienia krwi jest F. Scholz, to też zaleca je w przypadkach patologicznego obniżenia.

Jak z doświadczeń klinicznych widać, ciśnienie krwi może w poszczególnych przypadkach pozostać zupełnie niezmie-

nione; w przypadkach ze znacznie wzmożonem ciśnieniem — pod wpływem racjonalnej terapji balneologicznej kwasowęglowej — często opada ono niewątpliwie, jako znamię lepszego krążenia. Ale spostrzegano też i podnoszenie się ciśnienia, szczególnie gdy — przy wyrównanej pracy serca—prężność mięśnia sercowego znacznie się wzmoże. Przejściowo niekiedy ciśnienie krwi narasta u chorych z objawami nadmiernego ciśnienia, przyczem, zdaje się, tylko w początkowym okresie kąpieli, a przedłuża się, jak twierdzą zwolennicy poglądu o obwodowym skurczu naczyniowym pod wpływem kąpieli CO_2 — aż do kompensacyjnego rozszerzenia naczyń ośrodkowych.

Pawiński przeprowadził badania nad zachowaniem się ciśnienia krwi w czasie kąpieli kwasowęglowej na sobie i kilkunastu chorych. Badaniami temi wykazał, że ciśnienie pod wpływem kąpieli kwasowęglowych zwiększa się; zjawisko to występowało jednocześnie z zaczerwienieniem skóry, zależnem niewątpliwie od osiadania rozsianego pęcherzyków kwasu węglowego na jej powierzchni. Pawiński uzależnia wzmożenie ciśnienia krwi pod wpływem kąpieli kwasowęglowej od tej okoliczności, że w czasie kąpieli Co_2 działają wciąż naprzemian to bodźce zimna, to ciepła; obok miejsc mnogich zaczerwienionych na skórze pod wpływem Co_2 mnożą się na niej też wysepki z naczyniami zwężonemi, na których banieczki gazu nie zdołały jeszcze osiąść, albo też przez poruszanie się chorego oderwały się od skóry, a stąd naczynia — zrazu rozszerzone, ulegają zkolei — pod wpływem zetknięcia się z chłodną wodą — napowrót zwężeniu.

Nowsze badania, oparte na bardziej ścisłych doświadczeniach naukowych, stwierdziły jednak, że wzrastanie ciśnienia krwi zależy nie w mniejszym zakresie od stopnia ciepłoty wody kąpieli gazowej. Bardziej stała, jak wskazują badania doświadczalne, jest różnica pomiędzy skurczowym a rozkurczowym ciśnieniem, a ta właśnie wskazuje zbliżoną miarę rzutu sercowego. Różnica ta w kąpieli Co_2 przeważnie podnosi się; wzrost jej świadczy prawie zawsze o polepszeniu sprawności krążenia; zmniejszenie różnicy tej nie zawsze jednak należy brać za wskaźnik pogorszenia. — W badaniach doświadczalnych nad kąpielami Co_2 rzeczą pierwszorzędnej wagi, jeżeli nie najważniejszą pod względem terapeutycznym, jest spostrzeganie i ocena wpływu kąpieli Co_2 na

ogólne samopoczucie chorego. Te lub inne dolegliwości, uczucie ucisku, ciężaru w piersiach, bicie serca, zmniejszają się niewątpliwie, wysiłki fizyczne lepiej są znoszone.

Jednym z pewnych dowodów skuteczności kąpieli Co_2 jest między innemi też i stale zaznaczane powiększenie ilości wydalanego moczu. Objaw ten występuje zazwyczaj daleko wcześniej, nim ujawni się wpływ kąpieli Co_2 na tętno, ciśnienie krwi i działalność serca. W parze ze zwiększeniem ilości wydalanego moczu idzie, jak doświadczenie wskazuje, poprawa ogólnego samopoczucia.

Zanim przejdziemy do krótkiego przeglądu swych własnych doświadczeń nad sztucznemi kąpielami Co_2, dla prawidłowej oceny działania kąpieli kwasowęglowych, rzecz nie bez znaczenia zastanowić się na chwilę nad istotą krążenia krwi i teorjami tego zjawiska fizjologicznego. Tak więc istnieje znaczna różnica między poglądami na to zagadnienie Rosenbacha i Hasenböcka, którzy przypisują w krążeniu wielką rolę samodzielną obwodowym naczyniom, a innymi autorami, którzy główną i wyłączną rolę czynną w krążeniu przypisują sercu. Gdy więc w pierwszym przypadku uznamy, że obwodowe naczynia spełniają rolę naczyń ssących, to należy w wielu zaburzeniach krążenia uznać ich wadliwe działanie, a przez usprawnienie ich czynności można osiągnąć wyrównanie w krążeniu w cierpieniach z pierwotnie chorym sercem. Jeżeli natomiast uznać słuszność drugiej teorji, to przypuszczenie takie byłoby niemożliwe. O ile więc uznamy pierwszą teorję za słuszną dla tłumaczenia wielu zaburzeń krążenia, to daje się o wiele lepiej objaśnić działanie kąpieli kwasowęglowych, niż gdy za jedyny powód w zaburzeniach krążenia uważać będziemy osłabienie działalności serca. H. Eppinger uważa za błędne mniemanie, że prawidłowe krążenie zależne jest tylko od serca, gdy niewątpliwie czynność płuc, ruchy przepony, napięcie nerwów naczynioruchowych, działalność mięśni wogóle, są tu nie mniej ważne. I istotnie, trudno byłoby tłumaczyć polepszenie, spowodowane w leczeniu kąpielami kwasowęglowemi, przez wyłączne działanie zabiegu tego na serce, w przypadkach, w których zaburzenia w samem sercu są na dalszym planie, a na pierwsze miejsce wysuwają się stale lub zmienne zaburzenia w obwodowem krążeniu. Poprawa w tych przypadkach da się jedynie wytłumaczyć usprawnieniem aparatu

sącego obwodowych naczyń. R o s e n b a c h zwrócił uwagę, że brak obrzęków w ciężkich chorobach serca daje się objaśnić tem, ze napięcie skóry jest tak mocne, że zdolne się staje wyrównać upośledzoną wydolność serca. E p p i n g e r twierdzi również, że obrzęki są zależne nie tylko od stanu serca, ale że stan patologiczny, wiotki, tkanek odgrywa w tworzeniu się obrzęków pierwszorzędną rolę.

Często u niektórych chorych sercowych z objawami niewyrównania spostrzega się w postępowaniu leczniczem farmakologicznem, że naparstnica i diuretyna same nie okazują należytego działania, nie dają spodziewanej wybitnej poprawy. Wówczas, jak wiadomo z wielu doświadczeń, przy jednoczesnem ostrożnem stosowaniu kąpieli kwasowęglowych następuje wybitne polepszenie. Łatwo to zrozumieć, gdyż wymienione lekarstwa niedostatecznie skutkowały dlatego, że brak było w działaniu ich wpływu na obwodowe krążenie, a pomyślny wynik terapji wystąpił dzięki kąpielom Co_2, które właśnie wpływają b. dodatnio na nie.

Niejednakowe wyniki badań nad działaniem kąpieli Co_2 są niewątpliwie często spowodowane też przez odmienną technikę w stosowaniu kąpieli kwasowęglowych.

Metodyka postępowania musi tu być przez lekarza bardzo dokładnie określona i ściśle dostosowana do potrzeb ustroju danego osobnika i typu jego cierpienia. A więc, naprz., musi być uwzględniona wysokość poziomu wody w kąpieli kwasowęglowej, szczeg. u chorych z utrudnionem oddychaniem, z trudno ruchomą klatką piersiową. W tych przypadkach należy stosować albo półkąpiel, albo też z poziomem wody w wannie najwyżej do brodawek. To samo mieć trzeba na uwadze u chorych z wysokiem ciśnieniem krwi.

Drugim czynnikiem, który wymaga zawsze szczególnego zastanowienia i musi być ściśle przestrzegany, jest odpowiedni wybór i s t o p n i o w a n i e ciepłoty kąpieli kwasowęglowej w okresie nie sporadycznego, lecz metodycznego stosowania. Graficzne badania W y b a w'a (Spaa) wykazały, że kąpielami kwasowęglowemi można podnosić i obniżać ciśnienie krwi i że przez celowy wybór i stopniowanie ciepłoty ich oraz regulowanie czasu trwania, można dowolnie zwiększać lub zmniejszać działanie kąpieli kwasowęglowych na ciśnienie. Stąd u hipertoników najsłuszniej, gdy się rozpoczyna od kąpieli CO_2 o ciepłocie $27\frac{1}{2}$—28°R i w zależności od wahań

poziomu ciśnienia wprowadza odpowiednie zmiany w wyborze ciepłoty i czasu. U hipotoników natomiast należy rozpocząć od 26—27°R.

I. Frischer (Nauheim) stosuje nawet przy wysokiem ciśnieniu u arteriosklerotyków trzyćwierciowe kąpiele o ciepłocie $27^1/_2$—27°R i, jak twierdzi, nigdy nie spostrzegał podnoszenia się ciśnienia. Radzi jednak w niepewnych przypadkach rozpoczynać od $^1/_2$ - kąpieli, a przejście do $^3/_4$ - kąpieli uzależnia od samopoczucia chorego.

Czas kąpieli waha się od 5—20 minut, zrazu z przerwą co 2-gi dzień, a u mocniejszych pacjentów co 3-ci dzień.

W naszych badaniach doświadczalnych — nad wpływem kąpieli CO_2 na układ krążenia — stosowaliśmy na oddziale fizjoterapeutycznym d-ra Rotstadta kąpiele CO_2 sztuczne, zapomocą aparatu „Mohosan", skąd do wody w wannie—o ustalonej ciepłocie — dopływał bezwodnik kwasu węglowego pod ciśnieniem $^1/_4$—$^1/_2$ atmosfery. Chorych doświadczalnych badałem przed każdą kąpielą CO_2 w pozycji leżącej po kilkunastuminutowym wstępnym odpoczynku. Ciśnienie krwi było badane sposobem Boulitte-Korotkowa; mankiet naramienny aparatu pozostawał po wypuszczeniu powietrza przez cały czas kąpieli na ramieniu badanego; poziom wody w wannie we wszystkich spostrzeżeniach doprowadzano do brodawek. Drugie badanie odbywało się podczas kąpieli, po 10 minutach, a trzeci raz sprawdzano tętno i ciśnienie po zakończeniu zabiegu, po 15 minutach, przyczem chorego pozostawiano w wannie bez ruchu, w przeciwnym razie zmieniaćby się mogły łatwo naturalne warunki badania.

Śród badanych osobników doświadczalnych były przypadki z zaburzeniami układu krążenia i systemu nerwowego, z patologicznie zmienionem i normalnem ciśnieniem krwi. Łącznie badano wpływ kąpieli CO_2 w 80 przypadkach. Ciepłota kąpieli doświadczalnych wahała się od 26 do 29° włącznie. Każda kąpiel trwała 15 minut.

W kąpielach o ciepłocie 26° R. występowało zrazu uczucie zimna, które szybko jednak ustępowało. Przeważnie liczba chorych doświadczalnych podawała, że bezpośrednio po kąpieli i przez kilka godzin po niej lepiej się czuła. Wyjątkiem była jedna z badanych (z objawami drżączki pośpiączkowej). Objektywnie

nie stwierdzono jednak u niej po zabiegu nowych zmian w czynności narządów krążenia.

W 68 przypadkach, t. j. 85%, ciśnienie opadało o 5—20 mm. bez względu na stopień ciepłoty kąpieli, a stosowaliśmy kąpiele o rozmaitej ciepłocie od 26°—29° R. Wśród tych 68 przypadków byli hipertonicy, hipotonicy i ludzie o normalnem ciśnieniu.

Wzór wahań ciśnienia krwi w niektórych z badanych przypadków.

	Rozpozn.	Kąpiel		Przed kąpielą				Po kąpieli			
				Tętno	ciśnienie		Ampl.	Tętno	ciśnienie		Ampl.
					Max.	Min			Max.	Min.	
A. M. 27 l.	Neurositas	CO_2	28°	72	120	85	35	72	95	45	50
Z. D. 30 l.	M. Basedow.	CO_2	27°	108	110	70	40	102	90	40	50
A. S. 17 l,	Złam. ręki	CO_2	26°	90	115	85	30	72	115	75	40
D. S. 33 l.	Gonitis gon.	CO_2	26°	72	115	90	25	72	115	70	45
E. R. 23 l.	Neurositas.	CO_2	28°	96	115	90	25	90	110	70	40
M. K. 36 l.	Insuff. mitr.	CO_2	29°	90	115	85	30	84	110	75	35
B. R. 30 l.	Gast. chr.	CO_2	27°	120	120	80	40	108	100	55	45
Z. B. 23 l.	Post gastroent.	CO_2	27°	96	115	90	25	84	85	50	35
R. 25 l.	Hemiplegia luetica	CO_2	27°	84	115	85	30	84	90	50	40

W 8 przypadkach, t. j. 10%, ciśnienie podczas kąpieli nie ulegało żadnej zmianie przy ciepłocie 26°, 27°. 28°. Badani tu nie stanowili żadnej grupy chorobowej, nie stwierdziłem u nich żadnych zaburzeń przedmiotowych w układzie krążenia. Z tych 8 przypadków u 4-ech ciśnienie opadało przy powtórnych kąpielach o tej samej ciepłocie.

U 4 badanych, t. j. 5%, stwierdziłem po kąpieli nieznaczne podniesienie ciśnienia krwi przy ciepłocie 27° — 28° R. Byli to osobnicy o ciśnieniu normalnem; ciśnienie u nich opadało każdorazowo po następnych kąpielach kwasowęglowych.

Tętno w 52 przypadkach, t. j. 65%, zmniejszało się o 5—20 uderzeń na minutę po kąpieli kwasowęglowej, przyczem różnice te występowały bardziej przy tętnie przyśpieszonem. W 28 przypadkach, t j. 35%, tętno po kąpieli nie ulegało zmianom ilościo-

wym. Jakościowo we wszystkich przypadkach tętno się niewątpliwie poprawiało. U większości badanych ilość wydalanego moczu się powiększała.

Gdy więc chodzi o zaburzenia w krążeniu, to — biorąc pod uwagę, że kąpiele kwaso-węglowe zmniejszają opór naczyń obwodowych — są one w pierwszym rzędzie wskazane u stałych hipertoników umiarkowanego stopnia, pochodzenia czynnościowego i organicznego, z wtórnemi zaburzeniami sercowemi i bez nich. Następnie — z powodu już wymienionej wyżej regulującej zmiany rozmieszczenia krwi — kąpiele Co_2 są wskazane u pacjentów z pierwotnie chorym sercem, z wtórnemi zaburzeniami krążenia na obwodzie, jak to ma miejsce na skutek niewyrównanych wad sercowych w przewlekłem zapaleniu i zwyrodnieniu mięśnia i wadach zastawkowych. Dzięki działaniu usprawniającemu kąpieli kwasowęglowych na obwodowy aparat ssący, są one wskazane przedewszystkiem u chorych z przewagą zaburzeń obwodowych. Następnie kąpiele Co_2 są wskazane w nerwicach serca i naczynioruchowych wogóle, gdyż działają wyrównawczo na zaburzenia mechanizmu odruchowego serca i naczyń.

Z powodu lepszego dopływu krwi do serca, wzgl. i odżywienia mięśnia sercowego, kąpiele kwasowęglowe mają też dodatni wpływ w przypadkach otłuszczenia serca.

Wreszcie stosowanie kąpieli Co_2 jest wskazane ze względów zapobiegawczych u chorych z wyrównanemi wadami, gdzie szczególne znaczenie ma podtrzymanie dobrego krążenia i odżywienia serca i sprawność obwodowego aparatu ssącego.

Z powiedzianego wyżej wynika, że nie można oczekiwać wyniku dodatniego po kąpielach kwasowęglowych w przypadkach cięższych zaburzeń serca i naczyń obwodowych. Pozatem przeciwwskazane jest stosowanie kąpieli kwasowęglowych w miażdżycy tętnic znacznego stopnia, w szczególności gdy są tego objawy mózgowe, gdy stwierdzono większe tętniaki, w przewlekłem zapaleniu śródmiąższowem nerek i t. p.

Podkreślić tu szczególnie pragnę, że kąpiele Co_2 są często tam wskazane, gdzie i naparstnica, gdy chodzi o wzmocnienie upośledzonej czynności mięśnia serca i przyśpieszenie wyrównania w krążeniu. Całkowicie odmienne jednak ogólne działanie kąpieli kwasowęglowych i naparstnicy pozwala rozumieć, że zu-

pełnie przeciwwskazane są one przy zaburzeniach sercowych z jednoczesną gruźlicą płuc lub zapaleniem nerek, gdzie naparstnica jeszcze jest skuteczna. Nie należy nigdy pozatem zapominać, że działanie kąpieli Co_2 jest w istocie rzeczy tylko czynnościowe; zaburzenia w krążeniu, spowodowane temi lub innemi organicznemi chorobami, jak nprz miażdżyca lub wady zastawkowe, ustępują po kuracji kąpielowej na czas dłuższy, niekiedy zupełnie, lecz organiczne wady, które sprzyjały ich rozwojowi nie ulegają, rozumie się, żadnym istotnym zmianom.

Walka z niemi zapomocą środków farmakologicznych—i na zmianę fizjoterapeutycznych — daje dotąd tylko wyniki dodatnie i względne wyrównanie zaburzeń równowagi w krążeniu, dopóki własne siły obronne ustroju w walce tej główną rolę odgrywają.

Sprawozdania z posiedzeń naukowych.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 11 maja 1928 r. (Ciąg dalszy).

Przewodniczył Wertheim.

Płońskier. **Pokaz preparatów anatomopatologicznych.**

5) a) Przebicie wrzodu żołądka.

Klasyczny obraz wrzodu żołądka (ulcus callosum) na małej krzywiźnie u 40-letniego mężczyzny. Po przebiciu rozlane ropne zapalenie otrzewnej.

b) Przebicie pęcherzyka żółciowego w przypadku kiły.

U kobiety 36-letniej klinicznie stwierdzono kiłę. Na sekcji znaleziono stare blizny kiłowe w wątrobie, zmiany kiłowe w tętnicy głównej, wrzodziejące zapalenie woreczka żółciowego z przebiciem dna woreczka.

c) Rak przełyku.

Na sekcji u 45 letniego mężczyzny stwierdzono rozpadający się rak przełyku z całkowitem zniszczeniem ściany oraz ropne zapalenie śródpiersia tylnego.

d) Rak tchawicy.

U mężczyzny 5o-letniego z powodu raka tchawicy dokonano tracheotomji. Rak znajdował się bardzo wysoko. Smierć nastąpiła naskutek aspiracji dużej ilości krwi do płuc.

e) Mięsak wątroby u ciężarnej.

Na sekcji 36-letniej kobiety ciężarnej (5-ty miesiąc) stwierdzono rozpadający się nowotwór wątroby, przerastający sieć. Badanie mikroskopowe wykazało mięsak okrągłokomórkowy.

f) Nowotwór złośliwy jądra przemieszczonego.

U mężczyzny 26-letniego na sekcji stwierdzono nowotwór lewego jądra, które znajdowało się w jamie brzusznej oraz przerzuty na otrzewnej, w wątrobie i w płucach. Kigiel, uzupełniając pokaz, dodaje, że chory został skierowany na oddział chirurgiczny z rozpoznaniem zapalenia wyrostka robaczkowego. T. 38.5°—39°; ogólne wyniszczenie, stan był ciężki. Choroba wystąpiła przed tygodniem wraz z obstrukcją i silnemi bólami w dole brzucha, zwłaszcza po stronie prawej. Stwierdzono bolesny naciek w dolnej części brzucha, sięgający prawie do pępka i wzdęcie górnej $^1/_2$ brzucha. Przez odbytnicę stwierdzono naciek, który, zdawało się, wypełnia całą prawie małą miednicę; chełbotania nie było. W przeciągu 5 dni pobytu chorego na oddziale ciepłota opadła do normy, wystąpiły objawy częściowej niedrożności jelit. W powtórnem badaniu przez odbyt stwierdzono już chełbotanie wyraźne w masie naciekowej; dokonano nakłócia próbnego w wzierniku odbytniczym, wydobyto dość znaczną ilość płynu surowiczokrwistego wraz z masami rozpadowemi. Wkrótce potem chory zmarł śród objawów niedrożności jelit. Na brak jądra w mosznie zwrócono uwagę na samym początku, chory jednak podał, że jest to u niego wrodzone i nigdy z tego powodu nie doznawał żadnych dolegliwości.

g) Mięsak limfatyczny gruczołów zaotrzewnowych.

U kobiety 4o-letniej klinicznie stwierdzono guz jamy brzusznej. Sekcja wykazała olbrzymie guzy zaotrzewnowe oraz powiększenie wszystkich gru-

czołów limfatycznych. Badanie mikroskopowe wykazało mięsak limfatyczny.

E. Herman, T. Simchowicz, M. Wolff. **Pokaz przypadków nagminnego rozsianego zapalenia układu nerwowego.** (Z oddziału E. Flataua).

B., l. 20. niezamężna; przybyła 27. IV. 28. Przed 7 tyg. nagle drętwienie w prawem podudziu, pr. dłoni i palcach; drętwienie to trwa. Osłabienia kk. nie było. Następnego dnia drętwienie w prawej małżowinie usznej i uczucie zimna w IV i V-ym palcu pr. stopy. Od 2 dni stałe uczucie pieczenia na przedniej i bocznej powierzchni klatki piersiowej po str. prawej oraz w górnej części pr. uda.

St. ob.: T⁰ podgorączkowa, tętno — 90 lekki niedowład prawostronny ze wzmożeniem nieznacznem odruchu okostnowego z k. g. po tej stronie oraz ze zniesieniem odruchu brzusznego po tej stronie. Rossolimo + z palucha lewego przy arefleksji na stopach. W płynie m.-rdz., bez pleocytozy, N — A +; B-Was. — w płynie i we krwi.

B., l. 20, niezamężna; przybyła 30. IV. 28. Przed 2 tyg. nagły dotkliwy ból głowy (5 dni). T⁰ podgorączkowa. Nazajutrz dwojenie poziome, nieznaczny zez zbieżny oka prawego; „mgła" przed oczyma. Na tydzień przedtem drętwienie w l. podudziu.

St. ob.: T⁰ podgorączkowy; tętno 90. Lewa źrenica >. Osłabienie reakcji źrenic, zwł. lewej, objaw Parinaud i Bielschowsky'ego dodatnie; zwężenie szpary praw. oka. Areflexia plantae. Rossolimo + z obu stron. W płynie m. rdz. 16 limfoc., NA +; B-Was. ujemny we krwi i płynie m.-rdz.

III. W., l. 53, zamężna. Przybyła 3. IV. 28. Przed 9 tygodniami drętwienie w lewej dłoni oraz pod pr. kolanem (przez 4 tygodnie). Stopniowo drętwienie i na pr. dłoni, kk. dd-nych wraz z osłabieniem kk-czyn. dd.; retentio urinae et alvi; następnie incontinentia urinae.

St. ob.: T⁰ prawidłowa; tętno 72. Osłabienie pr. k. g. i dolnych. Wzmożenie napięcia mięśni w pr kk Wybitne wzmożenie wszystkich odruchów okostnowych i ścięgnowych. Clonus pedis. Rossolimo + z obu stron. Babiński —. Płyn m.-rdz. ksantochromiczny; N — A +, bez pleocytozy, B-Was. — ujemny.

IV. C., l. 53, przybył 30. IV. 28. Tegoż dnia na ulicy stracił przytomność; szybko wróciła. St. ob: tętno 64. Źrenica pr. > od lewej; obie oddziaływują na światło wiotko. Porażenie ruchu gałek ocznych ku górze oraz niedowład do boków; ptosis z lewej. Niedowład pr. n. twarzowego (dolne;

gałązki). Skurcz m. l. policzka. Mimika uboga. Przymusowy płacz Mowa zamazana. Łykanie dobre. Odruchy bez zmian. Płyn m.-rdz. — 5 limfoc.; N-A., B-Was. ujemny.

W zestawieniu widzimy u wszystkich tych chorych objawy, wskazujące na zajęcie układu nerwowego ośrodkowego na rozmaitym poziomie; zmiany dotyczą tu w pierwszym rzędzie albo rdzenia, albo pnia mózgowego. Z objawów cierpienia te przypominają, z jednej strony Sclerosis multiplex, a z drugiej Encephalitis lethargica. Znamiennym tu objaw Rossolimo, we wszystkich przypadkach, bez objawu Babińskiego. W płynie nieznaczna pleocytoza. W wywiadach znamienne bóle, pieczenia, omamy centralnego pochodzenia. Dość liczne przypadki dowodzą pewnej epidemji. Referenci rozpoznają tu rozsiane nagminne zapalenie układu nerwowego.

W rozprawie F l a t a u podnosi znaczenie demonstrowanych przypadków ze względu na przynależność ich do grupy encephalomyelitis disseminata epidemica. F. spostrzegał dotąd około 25 przypadków, pochodzących zarówno z Warszawy, jak i z prowincji. Najbardziej charakterystyczne są parestezje o dziwacznym charakterze i rozproszonej po całem ciele lokalizacji. Prócz tego występują objawy ruchowe ze strony kończyn, porażenia niektórych nerwów czaszkowych (szczególniej n. twarzowego), zaburzenia ruchów ze strony gałek ocznych, zapalenie wzroku i t. d. Przebieg — przeważnie łagodny, jakkolwiek zdarzyły się już dwa przypadki śmierci. Flatau sądzi, że przypadki te wykazują jakiś, bliżej dotąd nieustalony, związek zarówno z przebytą epidemją śpiączki, jak i z komplikacjami nerwowemi chorób zakaźnych (z grupy L e v a d i t i'ego — dermatoses neurotropes) oraz z coraz częściej się zjawiającemi przypadkami stwardnienia rozsianego. Wszystkie te cierpienia są prawdopodobnie zależne od zarazka przesączalnego, w rozmaitych jego odmianach biopatologicznych.

P o n c z podnosi nieznaną etiologję Encephalitis disseminata epidemica. Zarazek tego cierpienia należy prawdopodobnie do grupy ectodermoses neurotropes L e v a d i t i'ego i jest b. m. zbliżony do zarazków Encephalitis lethargica, poliomyelitis anterior acuta, Herpes labialis, a być może i Sclerosis multiplex. Obrazy Encephalitis disseminata przypominają spostrzegane w zachorzeniach układu ośrodkowego nerwowego, w związku z chorobami zakaźnemi (odra, grypa i t. p.); prawdopodobnie są one również wywołane przez zarazek z tej samej grupy. Cechą charakterystyczną Encephalitis disseminata: polimorfizm obrazów klinicznych; zmiany anatomiczne są tu niezwykłe i niespotykane ani w Encephalitis lethargica ani w Sclerosis multiplex.

H e r m a n zaznacza, że zasługą F l a t a u a jest właśnie

zwrócenie uwagi na symptomatologiczne podobieństwo przypadków Encephalomyelitis epidemica, jak je Flatau nazywa, z jednej strony, do Sclerosis multiplex, z drugiej zaś, do Encephalitis lethargica, i na tej podstawie wysuwane jest przypuszczenie Flataua o powinowactwie zarazka, spostrzeganego obecnie schorzenia z zarazkiem Encephalitis lethargica, a być może i Sclerosis multiplex, co oczywista wykazać zdołają dopiero dalsze obserwacje.

Karbowski podaje, że w Herpes otica były dokonane badania bakterjologiczne, które wykazały przesączalny zarazek, o właściwościach, zbliżonych do zarazka Encephalitis lethargica. W Herpes otica również obserwowano porażenie nerwów, przechodzących przez kość skalistą.

Stückgold i Słoniówna. **Przypadek zaniku wątroby, leczony insuliną z dobrym wynikiem.**

Chora, lat 58, zgłosiła się 24/I 28 ze skargami na bóle napadowe w okolicy dołka podsercowego i podżebrza prawego; bóle powtarzały się raz na tydzień, trwały kilka godzin, czasami były opasujące i promieniowały ku łopatce prawej; niekiedy były połączone z wymiotami żółto-zielonemi, dreszczami i t° do 40°. Pierwszy napad 6 miesięcy temu, poczem w kilka dni żółtaczka (trwała 2 tygodnie). Po 3 tyg. przerwie podobny napad z żółtaczką (trwała kilka tygodni). W Szpitalu Przemienienia Pańskiego leżała 9 tygodni. Po wypisaniu się miewała bóle w dołku podsercowym, o mniejszem nasileniu i bez żółtaczki. Prócz tego było wówczas trwałe bolesne parcie na mocz, które trwało 2 tyg.. Znacznie schudła. Stolce zaparte. Nie roniła.

St. ob. Budowa prawidłowa. Odżywienie liche. Białkówki podżółtaczkowe. Odgłos opukowy nad lewym szczytem płuca skrócony, wdech tu pęcherzykowy, zaostrzony, wydech wydłużony; pozatem bez zmian. Serce w granicach prawidłowych; 2 tony głuche. Tętno 64, miarowe, mało napięte. R.R. 100/70. Brzuch zapadnięty, o powłokach podatnych, głęboko dojść można było ręką pod łuk żebrowy prawy, bolesny na ucisk w okolicy dołka podsercowego.

Wątroba i śledziona niemacalne. W osadzie moczu liczne leukocyty w każdem polu widzenia. — Pirquet —. Naczczo z żołądka nic nie wydobyto; 45′ po próbnem śniadaniu — 50 cm^3 treści dobrze strawionej. Wolny HCl — O. Deficyt HCl-40. Ogólna kwasota — 31. Uffelmann —. Próba benzydynowa +. W osadzie nic patologicznego.

Dwukrotne badanie żółci nie wykazało żadnych zmian patologicznych. Zaczyny: trypsyna, lipaza i diastaza obecne.

W krwi: c. cz. — 4 020.000, biał. — 3200 Hb. — 74%. Wskaźnik < 1. Wzór: N.—45,5%, L.—43%, Eozynochłonn.—5%. Mon. i przejśc. — 5,5% Tuczn. - 1%. Barwików żółciowych we krwi = 3 razy więcej niż normalnie. Próby: bezpośrednia i pośrednia na bilirubinę we krwi wypadły ujemnie. Wass. i Sachs-Georgi (—). Rtg.: periduodenitis; adhaesiones praepyloricae.

W kale — tylko pojedyńcze jaja trichocephalus dispar. Próba z lewulozą: obciążono chorą naczczo 40 gr. lewulozy; w ciągu 6 godz. wydaliła z moczem 0,2% lewulozy. (Według Frey'a wydalanie powyżej 0,1% lewulozy po obciążeniu 100 gr. lewulozy uważać należy za patologiczne).

Na oddziale chora miewała napady bólowe w okolicy dołka podsercowego i podżebrza prawego w odstępach 1 — 3 — 5 — 8 dni. Napady te trwały po kilka godzin, były połączone z dreszczami i gorączką do 39,2, bez nudności i wymiotów. Raz jeden napad taki był połączony z lekką żółtaczką, (przez 1 — 2 dni); pozostałe napady były bez żółtaczki. Po napadzie t^0 od 36,4 — 36,2°. W szpitalu Przemienienia Pańskiego w czasie napadów gorączkowała do 40° o typie przepuszczającym; po napadach urobilinogen i urobilina w moczu wypadły dodatnio. W przerwach mocz nie zawierał urobiliny. 2 razy stolce z domieszką krwi płynnej. Leczenie: w ciągu pierwszych 3 tyg. podawano doustnie mieszankę z Urotropiny + Natr. salic. + Sal. Carolin. + Extr. Bellad. oraz Cholesol. Po dwutygodniowem leczeniu ropa znikła w moczu; bóle brzucha trwały. Diatermja pozostała bez wpływu na bóle brzucha. W czasie napadów stosowano też zastrzyki pantoponu a czasami morfiny. Od 12/II do 25/II 28 zastrzykiwano podskórnie 2x dz. po 10 jedn. insuliny, od 25/II 28 — 6 III — po 15 jedn., a od 6/III 28 po dzień dzisiejszy — po 25 jedn. Jednocześnie z kuracją insulinową zalecano chorej obficie cukrzyć pokarmy. Po 5 tyg stosowania insuliny bóle brzucha znacznie się zmniejszyły. Chorej stale przybywa na wadze. Od 12/IV 28 bóle brzucha zupełnie ustąpiły. W miarę poprawiania się stanu ogólnego zaczęto z początku wyczuwać brzeg miękki lewego, a następnie prawego płata wątroby. Śledziona stale niemacalna. W czasie kuracji insulinowej przybyło chorej na wadze 14 kilo. 60 d..

Tego rodzaju napady mogła była dać malarja. Wykonane w Szp. Przem. Pańskiego dwukrotne badanie krwi na plasmodja w czasie napadów dało wynik ujemny. Podobny obraz chorobowy może występować w związku z wrzodem wątroby, gdy powoduje powiększenie wątroby, czego tutaj jednak niema; Rtg. również nie wykazał wrzodu wątroby. Brak ropy w żółci, otrzymywanej dwukrotnie nazajutrz po napadach, przemawia zdaje się tez przeciwko cholangitis. Lues hepa-

tis wyłącza Wasser. 2 krotnie ujemny. Najprawdopodobniej była tu kamica żółciowa z zamknięciem ductus choledochus przez kamień. Wtórne zakażenie dróg żółciowych doprowadziło do hepatitis parenchymatosa i zaniku wątroby. Obecnie ma się tu do czynienia z okresem regeneracyjnym zaniku wątroby. W czasie pobytu 9-tyg. chorej w Szpit. Przemienienia Pańskiego nie wyczuwano ani wątroby ani śledziony. Brak powiększonej wątroby, pomimo długotrwałej i mocnej żółtaczki, przemawia za tem, że żółtaczka nie była tu pochodzenia zastoinowego; powstała może na skutek tego, że bilirubina, wytworzona w komórkach Kupffera, nie mogąc być przyjętą przez komórki nekrotyczne miąższu wątrobowego, dostała się do krwiobiegu i wywołała żółtaczkę.

Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, że zazwyczaj zanik wątroby kończy się śmiercią w krótkim czasie; tu choroba miała przebieg powolny i nastąpiło niemal zupełne wyleczenie kliniczne. Przypadek ten przemawia za tem, że w zaniku wątroby należy próbować leczenia insuliną; sprzyja ona syntezie glikogenu i hamuje rozpad glikogenu w komórkach zachowanej części miąższu wątrobowego. Zwiększona ilość glikogenu w komórkach wątrobowych podnosi zdolność czynnościową narządu. Prócz tego insulina sprzyja przemianie węglowodanów w tłuszcze.

W rozprawie doc. Klejn zaznacza, że ostatnio spostrzegał większą liczbę zaników wątroby; przebiegały one łagodnie i kończyły się poprawą lub nawet wyzdrowieniem zupełnem. W niektórych przypadkach obraz kliniczny podobny był do marskości wątroby, inne przebiegały pod postacią icterus catarrhalis Wpływ insuliny dotyczy przedewszystkiem regeneracji komórek wątrobowych. Co się zaś tyczy rozpoznania samego, to należy uważać, że gdy w przypadkach z niewyczuwalną wątrobą staje się ona w toku naszych obserwacji wyraźnie macalną, a stan chorego znacznie się polepsza, to ma się do czynienia z przebytem zanikiem wątroby, zakończonym wyzdrowieniem.

Dolkart podaje w wątpliwość rozpoznanie tu zaniku wątroby. Pewnych danych na potwierdzenie swoich wywodów prelegenci nie przytoczyli; że po wystąpieniu poprawy na skutek leczenia wątroba, poprzednio niewyczuwalna, stała się wyraźnie macalna poniżej łuku żebrowego, to nie jest przekonywające; jakże często wątroby normalnej nie wyczuwamy wcale pod łukiem żebrowym. Ważną cechą zaniku wątroby jest zmniejszenie się ilości mocznika i wystąpienie w pokaźnej ilości kwasów aminowych w moczu, czego w danym wypadku nie stwierdzono.

C y t r y n i k. **Przypadek kiły trzeciorzędowej.** (Z oddziału Wacława Sterlinga).

Chory, lat 46; przed rokiem zauważył na tułowiu owrzodzenia; niektóre goiły się dość szybko pod okładami. Przed kilku miesiącami owrzodzenie na szyi; maście, okłady, ostatnio naświetlania lampą kwarcową, były bez wpływu na stan owrzodzeń. W międzyczasie wystąpił obrzęk twarzy; w moczu było wówczas dużo białka; cierpiał również na bóle w podbrzuszu lewem. Pozatem nigdy nie chorował; żonaty — druga żona roniła trzykrotnie.

S t. o b.: Na szyi z lewej strony trzy owrzodzenia o brzegach mocno nacieczonych, dno owrzodzeń pokryte ropą; poniżej lewego stawu mostkowo-obojczykowego blizna nieprawidłowo okrągła, wielkości dwuzłotówki, o powierzchni czerwonej, gładkiej, błyszczącej; z ucisku szkłem blizna blednie. Na klatce piersiowej i plecach małe blizenki białe, po przebytych czyrakach(?). Zniekształcenie przedramienia lewego; wygięcie kości łokciowej w kształcie pochwy od szabli, w miejscu tem wyczuwa się stwardnienie w górnych $^{2}/_{3}$ tej kości; na podudziu lewem też kilka zgrubień. Układ nerwowy+; w sercu, płucach bez zmian; wątroba i śledziona +. W zestawieniu porównawczem blizn i owrzodzeń (gruźlica a kiła) rozpoznano tu kiłę; zmiany kostne też przemawiały za syfilisem. Potwierdził to rozpoznanie odczyn Wasser. dodatni (++++). Na szyi więc są tu wykwity kiły trzeciorzędowej, kilaki. W leczeniu były tu duże trudności, wykryto bowiem w moczu białka 3,3%, wałeczki szkliste, nabłonek nerkowy, erytrocyty; przemawiało to za cierpieniem nerek, prawdopodobnie również na tle swoistem. To też z polecenia kierownika oddziału b. p. Wacł. Sterlinga rozpoczęto ze względów koniecznej ostrożności próby stosowania wodnego roztworu bizmutu doskórnie, pozwala to na stosowanie małych dawek bizmutu.—O wynikach tej metody leczenia bizmutem nastąpi uzupełniający referat.

J. M i l e j k o w s k i. **Przypadek dermatitis exfoliativa generalisata Wilson-Brocq'a.** (Z oddziału Wacława Sterlinga).

R., l. 62. Skóra zaczerwieniona, równomiernie nacieczona, obficie łuszcząca się, naogół sucha. Kształt łusek niejednakowy: na twarzy i przedniej powierzchni klatki piersiowej łuski są małe; na uwłosionej części głowy naskórek się łuszczy otrębowato; na plecach i k. k. górnych i dolnych łuski w postaci wiórów heblowanych w ułożeniu dachówkowatem.

Gruczoły chłonne, szczeg. pachwinowe, > >, twarde, niebolesne. Błona śluzowa jamy ustnej bez zmian. Włosy na głowie, ad pubem, zachowane. Paznokcie bez zmian. Narządy

wewnętrzne +. W krwi: WR —; wzór: c. ciałek 4,600,000; b. c. 6,800, neutrol. 73%, monoc. 11%, limfoc. 13%, eozynofil. 3%, Hb. 80. T° norm. Swędzenie, uczucie zimna z dreszczami. Obecne cierpienie rozpoczęło się 2 mies. temu, były zrazu ograniczone czerwone blaszki na k. k. górnych. Blaszki te stopniowo tworzyły się po całem ciele i doprowadziły do stanu, w jakim chory przybył do szpitala. W pierwszych tygodniach choroby t° dochodziła niekiedy do 38—38,2°.—Zarówno obraz kliniczny, jak i przebieg, przemawiają za tem, że ma się tu uogólnione zapalenie skóry złuszczające typu Wilson-Brocq'a.

W rozprawie Hirszbajn przypomina, że Sterling pierwszy zaczął w cierpieniu tem stosować naśw. prom. Rtg., przyczem o swych pierwszych wynikach leczniczych zdawał sprawę w piśmiennictwie niemieckiem i francuskiem.

Szwajcer podkreśla znamienny fakt, że przy tak olbrzymiem zajęciu całej prawie powierzchni ciała czynność nerek pozostaje sprawna.

Poncz. **Przypadek śluzoobrzęku z objawami nerwowemi.** (Z oddz. L. Bregmana).

Chora lat 49; w następstwie długotrwałej choroby wątroby stan wyniszczenia. Jednocześnie wystąpiły bóle w k. k. i w krzyżu, parestezje (bądź ziębienie, bądź palenie) i postępujący niedowład k. k. Niebawem zmiany na skórze i obrzęk twarzy u oczu. W stanie obecnym: obrzęk twarzy, suchość, łamliwość i wypadanie włosów, suchość i łuszczenie się skóry, starczy wygląd, apatja, zmiana głosu i mowy, astenja, uczucie zimna w całem ciele, duża senność — objawy wskazujące na śluzoobrzęk. Badania: krwi (znaczna niedokrwistość i względna limfocytoza), farmakodynamiczne (hiposympatykotonja i wagotonja), wreszcie na tolerancję węglowodanową (dowodzące zwiększenia jej), zgadzały się z przypuszczeniem śluzoobrzęku. Badanie podstawowej przemiany materji dało wynik przekonywający, znamienny dla hipotyreoidyzmu (chora zużywa na dobę 876 ciepłostek zamiast 1270). Trudno było tylko powiązać ze śluzoobrzękiem zaburzenia w układzie nerwowym: ograniczenie ruchów w kkd., zwł. w odcinkach obwodowych, wybitne przykurczenie w stawach skokowych (ułożenie końskie, chora chodzi na palcach).

Powołując się na odnośne spostrzeżenia w nagminnem zapaleniu mózgowia i w skurczu torsyjnym i na brak danych dla lokalizacji rdzeniowej, P. wiąże objawy nerwowe z zaburzeniami w zwojach podstawowych. W 1-ym przypadku choroby Wilson'a (spostrzeżenie dra Bregmana przed kilku laty) również stwierdzono podobny przykurcz, chora stąpała też na końcach palców. Objawy ze strony zwojów podsta-

wowych w śluzoobrzęku opisali Lundberg, Söderberg, Barkman, a ostatnio Babonneix. Przykurczenie ma tu charakter plastyczny, jak w sprawach pozapiramidowych. Objawy antagonistyczne, badane na zginaczach kolana w położeniu brzusznem, są tu wzmożone. Przed paru laty było tu też stałe i bardzo silne drżenie głowy (prawie rok). P. również wiąże to ze schorzeniem zwojów podstawowych. Po thyreoidynie (3 past. a 0,3 śwież. substancji gruczołu-Park Davis et Co) wraz z ustępowaniem innych objawów śluzoobrzęku nastąpiła też poprawa w układzie nerwowym (zaczęła chodzić sama). P. przypuszcza, że cierpienie zwojów podstawowych wystąpiło tu w związku z niedostateczną czynnością tarczycy.

Czynnikiem etjologicznym były tu: wysoki stopień wyniszczenia po długotrwałej chorobie wątroby i zanik czynności gruczołów rodnych w 45-tym r. życia. Być może, że do powstania śluzoobrzęku przyczyniła się i choroba samej wątroby (Otto Pollak, Richard Wagner).

B. Frydman **Próby leczenia trypra parami formaliny.** Doniesienie tymczasowe. (Z oddz. Wacł. Sterlinga).

Przebieg trypra zależy od ustroju chorego, budowy cewki i złośliwości zarazka. Od czasu wykrycia dwoinek tryprowych przez Neissera w celu leczniczym używane są najczęściej organiczne i nieorganiczne preparaty srebra. Ostatnio przybyło wiele innych środków leczniczych, ogólnych, dla wzmocnienia samoobrony organizmu w chorobie, lecz i obecnie, obok ogólnego leczenia, ma znaczenie pierwszorzędne leczenie miejscowe schorzałej cewki. Terapja parami formaliny — odkażająca i, jako ciałem lotnem, łatwiej przenikającem wgłąb chorej cewki, miałoby pewne podstawy szerszego zastosowania.

Koszty leczenia byłyby tu minimalne (sto tabletek formaliny wystarczy na b. długi czas), czynnik nie bez znaczenia dziś, gdy spostrzegamy przerażający rozwój chorób wenerycznych. Leczenie trypra parami formaliny wprowadził Monis (nieskomplikowanym aparatem, tłoczącym z kolby pary formaliny do schorzałej cewki). Wyniki były wprost zastanawiające. Leczenie ostrego trypra trwa tu do tygodnia, chronicznego 4 — 5 dni.

Niestety, dotychczasowe spostrzeżenia nasze (nieliczne) nie potwierdziły tych wyników. Zabieg jest b. bolesny: pary formaliny, rozciągając schorzałą cewkę, wywołują silne pieczenie.

O wynikach dalszych prób będzie uzupełniające sprawozdanie.

Luxenburg i Penson. **Tumor pulmonis dextri.**

I. Chory lat 42, od 6 tygodni prawa 1/2 twarzy i szyi, okolica nadobojczykowa, znacznie obrzękły; żyły na szyi, na klatce piersiowej (z przodu i od tyłu) — nabrzmiałe, jaskrawo się uwydatniły.

Stopniowo rozwinęła się duszność wysiłkowa. Kaszel, plwocina. T^0 cały czas normalna. Dawniej nie chorował. Żona raz roniła, jedno dziecko żyło 24 godz., troje — zdrowe. St. ob. Gruczoły chłonne: szyjne, pachowe, pachwinowe-macalne, wielkości fasoli do śliwki, przesuwalne, niebolesne. Zrenice, jama ust, gardziel — bez zmian. W dołku nadobojczykowym na przedniej powierzchni kl. piersiowej oraz na grzbiecie liczne rozszerzone żyły. Nad prawym płucem stłumienie: od grzebienia łopatki poprzez obojczyk z przodu (aż do czwartego żebra) sięga do rękojeści mostka i trzonu (aż do 3 go żebra). Osłabiony oddech, świsty i furczenia; z tyłu oddech zupełnie zniesiony. W obrębie stłumienia drzenie głosowe osłabione. Granice lewego płata prawidłowe, ruchome; nad szczytem wdech zaostrzony, wydech wydłużony; tu też furczenia wdechowe. Zaakcentowanie 2-go tonu nad tętnicą płucną i stale przyśpieszone tętno (120).

Plwocina bez prątków, bakterji i elementów nowotworowych. Mocz +. Krew: Erytr. 34000,000, Leukoc. 6,800, Neutrofil. 75%, Limfocytów 14%, Monocytów 11% Eozynochł. i bazochłonnych 0%. Hemoglobiny 58%. Trombocyty norm.. Wasser. — ujemny. Z nakłucia w 3-iem prawem międzyżebrzu, tuż przy mostku, otrzymano 10 cm^3 gęstego, ropnego płynu; drobnoustrojów nie zawierał; po 10 dniach powtórne nakłucie między grzebieniem łopatki a kręgosłupem na wysokości 4 kręgu piersiowego; igłą, wkłutą głęboko (7 ctm.), wyczuwało się twór elastyczny, dość twardy (elementów tkankowych nie wydobyto). Badanie bioptyczne wykazało w powiększonym gruczole pachowym objawy lymphadenitis subacuta.

Rozpoznano tu guz (częściowo zropiały) w górnym i środkowym płacie prawego płuca, przypuszczalnie lymphosarcoma (objawy przerzutowe).

Prom. Rtg. ustalono istotnie w obrębie środkowego płata, po stronie prawej od obojczyka, ku dołowi, masywny cień wielkości główki noworodka, zaokrąglony. — W przebiegu dalszym przeważała duszność wysiłkowa, bóle karku i szyi; (t^0 normalna) utrata łaknienia i wychudzenie.

Po czterokrotnem w ciągu 3-ch tygodni naświetlaniu prom. Rtg. nastąpiło znaczne polepszenie. Obrzmienie szyi zmniejszyło się, dusznosć również.

W rozprawie Płońskier podaje, że powiększenie gruczołów obocznych w sprawach nowotworowych nie zawsze jest dowo-

dem, że są w nich przerzuty; może być ono wyrazem odczynu układu siateczkowo-śródbłonkowego grucz. limfatycznego na substancje, wydzielane przez nowotwór. Zaburzenia w krążeniu mogą być tu wynikiem ucisku nowotworu z wnęki prawego płuca na przedsionek i ujście żyły próżnej górnej i dolnej. Treść ropna z nakłucia nie świadczy jeszcze o związku sprawy ropnej z nowotworem; rzecz ważniejsza stwierdzenie w treści tej elementów nowotworowych. — Lubelski dodaje, że przekonywał się też często, że ropa odtłoczona z miejsca nakłutego pochodziła z ropnia, wzgl. ze zropiałego gruczołu, co, jak się okazywało, nie było jednak w bezpośredniej zależności od nowotworu.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 22 czerwca 1928 r.

Przewodniczył Zamenhof.

E. Herman i J. Pinczewski. **3 przypadki poliglobulji istotnej i objawowej.** (Z oddziału E. Flataua).

Sz. D., l. 54, przybył 28. V. 28 r. Od 2 mies. osłabienie pr. k. g.; wiąże je z urazem tej kończyny przed 4 mies. Od 4 l. ucisk bolesny w dołku podsercowym. Było jakoby wtedy powiększenie śledziony. W IV 28 r. — naświetlanie śledziony prom. Rtg..

St. ob.. Zabarwienie skóry, zwł. na twarzy i k. k. — sino-brunatne. Płuca +. Serca granice +. tony głuche; tętno—70. Ciśnienie krwi — 125/85 Śledziona — do linji środkowej, o 4 palce niżej łuku żebrowego, twarda, brzeg nierówny, powierzchnia gładka. Wątroba — o 3 palce niżej łuku, gładka.

Krew: Hb. — 112% (Sahli), cz c. 8.030 000, b. c. — 3,900; N.—72,5%, L.— 23,5%, P. — 3%, E. — 1%. W krwi (badanej poraz drugi) : 8.440.000 cz. c Krzepliwość zwolniona, sedymentacja też (po 24 g. do podziałki 12). Wydolność wątroby +. Wass. we krwi i w płynie — ujemny. Mocz +. Ciśnienie płynu m. rdz. — 200 (Claude). Płyn mózg. rdz. — bez zmian.

Niedowład $^1/_2$-czy prawostr.; odruchy ścięgnowe i okostnowe tu >>, osłabienie skórnych odruchów, dodatni obj. Rossolimo. Zaburzenia czucia gnostycznego w pr. dłoni. Drżenie w pr. dłoni o dużej amplitudzie. Przekrwienie tarcz wzrokowych.

Jest to zatem przypadek polycythaemia rubra megalosplenica typu Vaqueza. Zmiany nerwowe zależne są tu od ognisk, wywołanych zapewne skrzepami w drobnych naczyniach krwionośnych mózgu na skutek hiperglobulji

i zwiększonej lepkości krwi. Za wieloogniskowością przemawia: niedowład połowiczy obok drżenia, zależnego od węzłów podstawowych (corpus striatum).

Jako uzupełnienie referenci przedstawiają 2 inne przypadki : 1) M. Daw., l. 28. od dzieciństwa siność, duszność. W r. 1921 Encephalitis lethargica.

St ob.: wybitna siność twarzy i k.k. Palce u rąk—kolbowato wzdęte. Płuca +. Serca wymiary powiększone (pr. gran. — pr. linja mostkowa; lewa — l. linja sutkowa). Tony — czyste. Tętno — 72. Jama brzuszna +. Dno oczu — żyły na tarczach sine. Krew: Hb. — 120% (Sahli). Cz. c.—10 810.000. b. c. — 7.900; N. — 68%, L. — 25%, P. — 3%, E. — 1%. Sedymentacja — zwolniona (po 24 g. do podziałki 12).

Parkinsonizm pośpiączkowy. Siność od dziecięctwa; poszerzone granice serca, znamienne palce—kolbowato wzdęte wskazują na wadę serca, przypuszczalnie wrodzoną. Polyglobulja tu objawowa. Parkinsonizm tylko koincydencja.

2) O. Sz., l. 45; na oddziale w I. 27 i VI 28. Osłabienie pamięci, apatja, senność, bóle głowy, duszność, siność.

St. ob.: wzrost — mały, szyja — krótka, twarz — czworokątna. Kl. piersiowa—mała, rozdęta. Gruczoły przyuszne >. Twarz o zabarwieniu czerwonem, większem we śnie.

Płuca — rozedma. Serce +. Jama brzuszna +. Układ nerwowy +. Dno oczu — żyły poszerzone. Krew: Hb. 110%; cz. c. — 8.500.000, b. c. — 10.000, N. — 75%, L. — 22%, P. — 2%, E — 1%. Ciśnienie płynu mzg.-rdz.—300 (Claude), bez zmian morfologicznych.

I tu referenci rozpoznali poliglobulję objawową. — Sekcja wykazała wybitne przekrwienie mózgu, bez zmian w sercu i płucach, poza rozedmą, tak że raczej była tu istotna polycythaemia.

W rozprawie Poncz zwalcza podział policytemji na pierwotną i wtórną. Policytemja jest zawsze objawowa, a jako jednostkę nozologiczną należy ją traktować tylko wówczas, gdy niema zmian wtórnych w narządach, wątrobie, sercu, płucach i nerkach. Przyczyna cierpienia—zaburzenia w narządach krwiotwórczych. — W odpowiedzi Herman zaznacza, iż do istotnej policytemji w obecnym stanie wiedzy zalicza się te przypadki, w których przyczyna tkwi w narządach krwiotwórczych. Wszelakie inne, jak wiadomo, są objawowe.

Celnikier. **Przypadek marskości wątroby u 13-toletniego chłopca**. (Z oddz. G. Lewina).

L. G., lat 13. 5 mies. temu zaczęły coraz puchnąć stopy; zmuszony był się położyć. Po kilku dniach przejściowo obrzęki powiek (3 — 4 dni); nogi coraz bardziej puchły, dołączył się obrzęk moszny, a potem i brzucha. Dawniej nie chorował.

Matka zmarła na zapalenie płuc, na które zapadała dwukrotnie. St. ob.: płyn w jamach opłucnowych; nad prawym wierzchołkiem oddech szorstki, a drżenie głosowe tam wzmożone. Serce +. W jamie brzusznej — wolny płyn. Wątroba o powierzchni nierównej, brzegu ostrym, o konsystencji jednolicie twardawej, nieco bolesna u dołka podsercowego; prawy płat wątroby sięga do pępka, lewy — o 3 palce ponad nim. Śledziona niemacalna. Na mosznie, stopach, podudziach obrzęk. Stan bez > t⁰. W moczu — zwiększenie urobilinogenu, słabo dodatnia diazoreakcja. W krwi—prócz 8% eozynochłonn.—nic patologicznego, czas opadania krwinek nieprzyśpieszony; krzepliwość, czas krwawienia - norma. W kale—jaja trichocephalus dispar. Wass. w krwi —; Pirquet +. Rentgen płuc i serca +. W wydobytej sondą dwunastniczą żółci I i II porcja zawierały śluz i kryszt. kwas. żółciowych. Reakcja Hymans van de Bergh'a —. Płyn z jamy opłucnowej mętny, Rivalta +, włóknik szybko w nim krzepnie, z posiewu bakterjologicznego — pod mikroskopem — krwinki oraz leukocyty z przewagą limfocytów. Płyn z jamy brzusznej krwisty, Rivalta +, posiew bakterjologiczny —, pod mikroskopem — krwinki oraz leukocyty z przewagą limfocytów. Dno oczu +. Już w ciągu pierwszych kilku dni obrzęki oraz puchlina zaczęły znikać, samopoczucie chorego poprawiło się.

C. przypuszcza, że jest to przypadek marskości wątroby na tle gruźliczem, a zmiany błon surowiczych są objawem polyserositis. Chory cały czas na oddziale nie gorączkował, czuje się lepiej, ma dobre łaknienie. W leczeniu, prócz roborantia, stosowano tu też diatermję brzucha.

W rozprawie Higier sądzi, że należałoby tu raczej myśleć o kile.

Szour uważa, że przypadek nie nastręcza wątpliwości co do typowego schorzenia marskości wątroby na tle gruźlicy, zwł. gdy uwzględnimy objawy, które się pojawiły na początku cierpienia, jak obrzęk stóp, wolny płyn w jamie brzusznej, podwyższona t⁰ i inne objawy, znamienne dla gruźlicy.

Dolkart sądzi że brak tu istotnego stwardnienia brzegu wątroby, co podważa nieco rozpoznanie marskości.

Lewin nie godzi się z wywodami Dolkarta. Brzeg wątroby jest tu niewątpliwie twardy, a nawet nierówny. L. wyłącza inne sprawy i powołuje się, między innemi, na swoje prace o marskości wątroby na tle gruźliczem.

Kigiel i Lubelski. **Przypadek operacyjnego uruchomienia stawu biodrowego po zastarzałem zwichnieniu.**

Stefanja K., l. 15, przybyła na oddział chirurg. dn. 25. I. 28 r. Przed 11-u laty upadła na schodach przyczem ude-

rzyła się w okolicę prawego stawu biodrowego. Po wypadku stwierdzono złe ustawienie nogi, znaczne skrócenie jej. W szpitalu dla dzieci, w uśpieniu, nałożono na staw biodrowy unieruchomiający opatrunek gipsowy, który po 3-ch miesiącach zdjęto w domu. Niebawem zaczeła chodzić, lecz utykała, lewa noga była bowiem przygięta w stawie biodrowym i krótsza; odcinek stawu biodrowego nieruchomy. Po wielu latach dopiero chorą zapisano do szpitala dla zabiegu.

St. ob.: w pozycji stojącej noga lewa nie sięga do podłogi nawet końcami palców (o 5 cm.). Aby chodzić, zgina znacznie kolano pr. k. d., wtedy palcami lewej dotyka podłogi. Lewe kolano nieco zgięte, natomiast cała k. lew. zwrócona do wewnątrz prócz pięty, zwróconej na zewnątrz. Ruchy w stawie biodrowym tylko łącznie z miednicą. Główki kości udowej lewej dotykiem się nie wyczuwa. Rtg.: zniszczenie główki kości udowej lewej z przesunięciem górnego odcinka ku górze. Operacja (Lubelski) 27. II. 28 r. w uśpieniu eterowem. Cięcie podłużne na zewnętrznej str. uda nad krętarzem dużym, w kierunku sp. post. super. i ku kości udowej. Po przecięciu skóry, tkanki podskórnej, torebki stawowej, podłużne oddłutowanie części kostnej krętarza dużego wraz z przyczepami ścięgien mięśni u krętarza (główka kości udowej wielkości wiśni i szyjka w zaniku; krętarz duży zrosnięty z kością miednicy). Przecięto kość biodrową na wysokości szyjki, usunięto główkę, szyjkę i część krętarza dużego. Po wyłyżeczkowaniu panewki i pogłębieniu jej wprowadzono pozostałą część krętarza. Ranę zaszyto na głucho. Opatrunek wyciągowy w ułożeniu poziomem. Przebieg pomyślny; rychłozrost. Rtg. po miesiącu stwierdzono, że górny brzeg kości udowej ustawiony jest w spłaszczonej panewce. W końcu tygodnia zdjęto wyciąg. Skrócenie kończyny małe, o 2 ctm. Chora zaczęła wykonywać ruchy. Po 2-u tygodniach mięsienia i ruchów biernych wykonywa już większe ruchy w odcinku biodrowym. Zaczyna niebawem chodzić. Obecnie już znacznie odprowadza lewą dolną kończynę.

N. Goldberg. **Przypadek operacyjny pęknięcia głównego przewodu żółciowego.** (Z oddz. M. Lubelskiego).

Chora, lat 50-ciu, miewała kiedyś bóle żołądkowe. Ostatnio dłuższy czas czuła się dobrze. Niebawem dostała nagle znów bólów w okolicy podbrzusza prawego (z wymiotami oraz wysoką temperaturą, do 40°). Wobec groźnych objawów: bólów, wzrastającej t°, zatrzymania wiatrów, stolca i wzdęcia brzucha, przywieziono ją do szpitala, w stanie ciężkim, jako cierpiącą na zapalenie wyrostka robaczkowego. Operowano ją na ostro; cięcie wzdłuż m. prostego; po otwarciu otrzewny znaleziono w jamie brzusznej płyn żółto zabarwiony i liczne

żółtawe naloty na kiszkach. W wyrostku zmian nie swierdzono. Przedłużono więc cięcie w kierunku wątroby oraz wykonano boczne cięcie przez m. prosty. Stwierdzono pęcherzyk żółciowy przyrośnięty do kiszek, sieci i żołądka. Po oddzieleleniu zrostów znaleziono jamę, wypełnioną żółtawym płynem i pęcherzyk żółciowy bez zmian, pokryty nalotami u ujścia; kamieni w nim nie było. W przewodzie wspólnym—odleżyna ciemno-sino zabarwiona oraz otwór podłużny o brzegach nierównych, przez który wydzielała się żółć. Wobec bardzo ciężkiego stanu przyśpieszono zakończenie operacji, założono dren gumowy, część rany wysączkowano, pozostałą zaszyto. Przebieg pooperacyjny dobry. Po kilku dniach zaczęły wydalać się kamienie żółciowe w dużej ilości. Niebawem rana się zagoiła. Obecnie chora czuje się dobrze. Przypadek ten — bardzo rzadkiego pęknięcia przewodu wspólnego z przebiegiem pooperacyjnym b. dobrym — pomimo objawów otrzewnowych i płynu w jamie brzusznej—zasługuje na szczególną uwagę.

W rozprawie L u b e l s k i podkreśla, że przypadki podobne kończą się często po operacji śmiertelnie; tu wynik był zdumiewająco pomyślny. L. czyni jednak G. zarzut, że nie naciął podczas operacji woreczka żółciowego; wobec możliwości nagromadzenia się kamieni w późniejszym przebiegu cierpienia, wzgl. i powikłaniom stąd, należało to uczynić. Zazwyczaj przypadki podobne są trudne do rozpoznania; najczęściej myśli się o pęknięciu dróg żółciowych dopiero wówczas, gdy w wywiadzie jest też mowa o napadach kamicy, kilkakrotnej żółtaczce, gorączce i t. p. L. w jednym przypadku sprawy nie rozpoznał, gdyż w błąd wprowadziła go przepuklina pępkowa chorego. Dopiero, gdy w jamie brzusznej między pętlami jelit ukazała się ropa o zabarwieniu żółci, sprawa się wyjaśniła; L. zmuszony był wykonać drugie cięcie, jak w zabiegach na wątrobie. G o l d s t e i n zaznacza, że nieraz rozpoznać można jednak podobne przypadki w porę; przebicie przewodu wspólnego nie odbywa się odrazu, zwykle występuje uprzednio żółtaczka. W odpowiedzi G o l d b e r g tłumaczy, że ze względu na cieżki stan ogólny zmuszony był jaknajszybciej ukończyć zabieg; były też duże trudności techniczne do pokonania zmian, powstałych z istoty cierpienia w miejscu zabiegu.

C y g i e l s t r e i c h o w a i P. G o l d s t e i n. — **Przypadek ropnia płuca z przetoką zewnętrzną.**

Chora, lat 45, przed rokiem dostała nagle bólów w przedniej prawej $^{1}/_{2}$ klatki piersiowej; następnie zjawiły się dreszcze, $t^0 >$ oraz kaszel. — Niebawem chora zauważyła w miejscu bólu uwypuklenie, które wzrastało, to znów stawało się mniejsze, zależnie od ilości wydalanej plwociny. Okres gorączkowy trwał

2 tygodnie, poczem—co pewien czas—były nawroty z gorączką i pozostałemi objawami. Przed przybyciem do Szpitala w zakładzie chirurgicznym wykonano nakłucie próbne (Goldstein).

Od 9-ciu lat napady sercowe; przed 2-a laty na oddz. Lewina stwierdzono pierwsze objawy dekompensacji serca, które po 6-ciu tygodniach się wyrównały.

St. ob. Powiększenie granic serca, niemiarowość tętna, szmer skurczowy nad koniuszkiem; w prawej ½ klatki piersiowej z przodu od II-go do IV-go żebra uwypuklenie z wyraźnem tu chełbotaniem i ropniem podskórnym. W miejscu nakłucia próbnego nieduży otwór, skąd od czasu do czasu sączy się po kropli ropa. Mocz +. W krwi 89% neutrof., plwocina — bez prątków Kocha i włókien elastycznych.

Z uwagi na niedomogę serca od szeregu lat można przypuszczać, że zachorzenie obecne powstało z zawału płuc, wtórnie zakażonego, skąd ropa znalazła ujście w 2 kierunkach, nanazewnątrz i do oskrzeli.

W rozprawie Higier usiłuje wytłumaczyć przyczynę wytworzenia się przetoki w miejscu nakłucia brakiem ustrojowym mięśni, wrodzonym, wskutek czego płuco mogło było się znaleść blisko powierzchni klatki piersiowej.

J. Słowik. **Kilka słów w sprawie witaminizowania mleka prom. pozafjołkowemi.** (Streszczenie odczytu).

Myśl witaminizowania mleka prom. pozafjołkowemi rzucili amerykańscy uczeni Hess i Steenbock. Dowiedli oni, że niektóre substancje, tłuszcze, mięso, a szczególnie mleko, zawierające t. zw. steryny, a więc fitosterynę, cholesterynę lub ergosterynę, po naświetlaniu prom. pozafjołkowemi zdolne są leczyć krzywicę.

Na epokowe to odkrycie zapatrywano się początkowo sceptycznie, — zostało ono jednak wypróbowane i potwierdzone.

György (Heidelberg) jeden z pierwszych naświetlał mleko dla celów leczniczych i przekonał się, że naświetlone w należyty sposób rzeczywiście leczy krzywicę u dzieci i że już po krótkim czasie we krwi wiąksza jest ilość jonów P. i Ca, a Rtg. ustalił wzmożone nawarstwienia soli wapnia w kościach.

Jedynie smak mleka naświetlanego lampą kwarcową, swoisty, był mdły, stąd mogło ono być dotąd stosowane u nielicznej tylko garstki dzieci doświadczalnych.

Pozatem przekonano się, że prom. pozafjołkowe przenikają do pewnej minimalnej głębokości (mn. więcej 1 mm.), nie wszystkie więc warstwy mleka w naczyniach mogą być w jednakowy sposób poddane działaniu promieni.

To też trzeba było b. dużo czasu i pracy poświęcić zagadnieniu udoskonalenia metody naświetlania mleka.

F. Hoffmannowi i F. Lustigowi udało się tę trudność przezwyciężyć.

Skonstruowali oni aparat specjalny, fotochemiczny, odpowiadający celowi zasadniczemu, aby wszystkie warstwy mleka ulegały w jednakowym stopniu należytemu naświetlaniu. Referent podaje szczegółowy opis przyrządu F. Hoffmanna i F. Lustiga oraz całej procedury naświetlania i ekspedycji mleka naświetlanego (Wiedeń).

Następnie Sł. omawia zmiany, następujące przy naświetlaniu mleka w jego składzie biochemicznym. Pod wpływem naświetlania prom. pozafjołkowemi następuje aktywizacja witaminy D.

Według najnowszych badań aktywowana ergosteryna odgrywa także wybitnie dodatnią rolę w walce z rozmięknieniem kości u kobiet ciężarnych i objawami początkowego okresu gruźlicy.

Jak wiadomo, 60% dzieci zapada na krzywicę (pomimo stosowania tranu rybiego i słońca górskiego) z powodu, między innemi, niedostatecznego stanu napięcia witaminy D. w mleku.

Prócz skutecznego aktywowania ergosteryny, naświetlanie mleka ma jeszcze i to uboczne niemniej ważne działanie, że zmniejsza do minimum w niem ilość bakterji chorobotwórczych. Liczne doświadczenia i próby wykonane dotąd z mlekiem naświetlanem w sposób niewątpliwy potwierdzają działanie powyższe.

W pracy K. Gillern'a jest mowa o niezwykle dodatnich wynikach w leczeniu doświadczalnem szczurów krzywiczych mlekiem naświetlanem prom. pozafjołkowemi.

Stosując racjonalne naświetlanie mleka w wielkich skupieniach ludzkich, można prowadzić celową walkę z klęską społeczną, jaką jest krzywica.

Ponieważ mleko naświetlane we wskazanym przyrządzie (są też i inne odmiennej konstrukcji) nie traci swoistego, dobrego smaku, zostaje oczyszczone z wszelkich domieszek ubocznych, a w gatunku bynajmniej nie zmienia się, to może być też produktem spożywczym i dla dorosłych, szczególnie gdy, prócz odżywczego, ma mieć także działanie lecznicze.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 5 października 1928 roku.

Przewodniczył Altkaufer.

Redel. **Przypadek raka główki trzustki.** (Z oddz. St. Klejna).

F. B. l. 61, był już demonstrowany przed 10 mies., podczas I-go pobytu w szpitalu. Przybył wówczas na oddział

z powodu opasujących bólów, z punktem wyjścia w okolicy krzyżowej oraz żółtaczki i wyniszczenia. Stan wówczas b. ciężki, był zupełny brak łaknienia. Rozpoznano raka główki trzustki, a stąd niedrożność pęcherzyka żółciowego, skierowano chorego do zabiegu (W e r t h e i m).

29. XI. 27 r. zespolenie pęcherzyka żółciowego z górną pętlą jelita cienkiego (jejunum). Podczas zabiegu stwierdzono, że wątroba jest duża, żółtaczkowa; pęcherzyk wielkości pięści. U główki trzustki guz (< > jak mandarynka) nieruchomy, nierówny. Po operacji znaczna poprawa. Żółtaczka ustąpiła. Wątroba zmniejszyła się, wyczuwało się brzeg jej po zabiegu o dłoń powyżej kolca biodrowego, gdy przed nim sięgała prawie do spina auter. superior. Łaknienie wróciło. Stan ogólny polepszył się (przybyło na wadze kilka kilo). 17. II. 19 wypisany z wyraźną poprawą. Do IV. 28 czuł się dobrze. W IV.28 napad bólów w okolicy nadbrzusza w ciągu kilku godzin. Odtąd co 2—3 tygodnie podobne napady (przeważnie wieczorem), z uczuciem wzdęcia brzucha oraz dreszczy i zahamowaniem moczu. Łaknienie było zachowane, lecz tracił na wadze. Przybył więc po raz 2-gi 8. VIII. 28. S t. o b. wówczas: odżywienie liche, skóra sucha, szaro-żółta, łatwo ją ująć w fałdy. Białkówki żółtacze, śluzówki blade, sinawe. Płuc granica dolna — 10 międzyżebrze. Nad szczytem odgłos wypukowy przytłumiony. Szczyt prawy wąski — na 3 palce, lewy—na 1 palec; nad lewym oddech zaostrzony, tu pojedyncze rzężenia. W nadbrzuszu, w linji środkowej, wyczuwa się palcem opór bolesny. Tony serca b. głuche. W szpitalu — ogólne osłabienie i bóle po jedzeniu Ostatnio lekkie obrzęki stóp, choć stale leży; wolny płyn w jamie brzusznej.

W kale liczne krople tłuszczu, a po spożyciu mięsa liczne włókna mięsne prążkowane.

Przypadek dany wykazuje, że w niedrożności pęcherzyka żółciowego z powodu ucisku raka główki trzustki nie należy zaniechać dokonania zespolenia pęcherzyka żółciowego z jelitem; zabieg ten bowiem usuwa skutki zatrzymania żółci, sprzyja ogólnej poprawie, przedłuża życie (tu prawie o rok), choć wykonano zabieg chirurgiczny, gdy stan chorego był już b. ciężki.

W rozprawie A l t k a u f e r zaznacza, że można byłoby w danym wypadku mówić z całą stanowczością o raku trzustki, gdyby badanie mikroskopowe było wykonane. S z o u r podkreśla specjalne znaczenie wykonania tu operacji w odpowiednim czasie. L u b e l s k i podaje, że chorzy z rakiem w narządach jamy brzusznej żyją nekiedy 2 i 3 lata, to też tu okres 10-miesięczny nie przemawiał przeciwko rozpoznaniu sprawy rakowej. Następnie L. omawia technikę operacyjną w podobnych przypadkach; wykonywanie próbnego wycinka z trzustki

dla celów diagnostyki—rzecz niebezpieczna. Abramowicz stwierdza, że rozpoznanie różnicowe kliniczne guzów trzustki do dziś dnia nie jest ustalone.

W odpowiedzi R. zaznacza, iż nie dokonano ekscyzji trzustki i nie usiłowano stwierdzić histopatologicznie, czy tu był rak, gdyż, jak już wyjaśnił doc. Klejn, ekscyzji nie należało wykonywać, groziło to bowiem niebezpieczeństwem życiu chorego.

Rozpoznanie tu było wyłącznie kliniczne, a opierało się na następujących podstawach:

Guz główki trzustki może być bądź pochodzenia zapalnego (tak zw. tumor. Riedel'a), bądź pochodzenia nowotworowego. Zapalenie przewlekłe trzustki, które może wytworzyć takiego rodzaju guz, nie jest sprawą pierwotną, lecz zwykle wtórną na skutek schorzeń pęcherzyka żółciowego, dróg żółciowych, 12-icy albo żołądka. W wywiadach nie było tu jednak ku temu danych, to też rozpoznano tu nowotwór. Przemawiały za tem też—wyniszczenie ogólne, obrzęki stóp, puchlina brzuszna. Pozatem, jak wiadomo, badanie histopatologiczne trzustki niekiedy nastręcza wielkie trudności rozpoznawcze.

Płońskier. **Pokaz preparatów anatomicznych.**

1) Wrzód żołądka.

Niezwykłej wielkości wrzód dużej krzywizny żołądka, który zniszczył ścianę żołądka na całej grubości. Dno wrzodu stanowiła trzustka, mocno zrośnięta z żołądkiem. Przerwanie na niewielkiej przestrzeni tych zrostów spowodowało rozlane zapalenie otrzewnej.

2) Niedorozwów tętnicy płucnej.

U noworodka tętnica płucna, normalnie szeroka u podstawy, zwęża się tuż przed rozgałęzieniem tak znacznie, że przepuszcza zaledwie żłobkowaną sondę. Przewód Botalla otwarty. Otwór owalny zamknięty. Przy zmianach powyższych musiało istnieć krążenie zbliżone do zarodkowego, gdyż większa część krwi z prawej komory przechodziła do tętnicy głównej, a niewiele tylko krwi przedostawało się do płuc przez silnie zwężoną tętnicę płucną.

Lubelski. **Pokaz chorego po doszczętnej operacji zatoki czołowej z powodu zapalenia ropnego.**

Zapalenie zatoki czołowej, jako komplikacja grypy, kończy się w większości przypadków samowyleczeniem.

W danym przypadku nastąpiło przedziurawienie przedniej ściany zatoki, stąd też chory był dwukrotnie operowany.

Początek cierpienia datuje chory od roku. Po dreszczach i gorączce (cały tydzień), wystąpiły silne bóle głowy, przeważnie w obrębie czoła. Po dwóch miesiącach uformował się na czole ropień wielkości pięści, który pękł; utworzyła się prze-

toka. Wobec tego, że w przeciągu 6-iu miesięcy przetoka się nie goiła, chory pojechał do Brześcia i tam był operowany. Ale i po tej operacji, dokonanej przed 2-ma miesiącami, przetoka się nie zagoiła.

Obecnie widzimy u chorego ze strony lewej na czole, na wysokości 3 ctm nad górnym brzegiem oczodołu, bliznę pooperacyjną z przetoką, z której wydziela się ropa. Przetoka prowadzi do zatoki czołowej.

Operacji dokonano w znieczuleniu miejscowem ($^1/_2$% nowokaina+adrenalina). Cięciem długości 4-ch centym., równoległem do górnego brzegu oczodołu i dochodzącem do linji środkowej, wycięto bliznę operacyjną pozostałą po uprzednio dokonanej operacji. Od linji środkowej cięcie przez skórę i okostną przedłużono ku dołowi do nasady kości nosowej. Płat skóry razem z okostną oddzielono od kości, jak można było najdalej, ku dołowi, do górnego brzegu oczodołu, ku górze i nazewnątrz. Korzystając z istniejącego niewielkiego otworu w kości czołowej, szczypcami Luer'a usunięto całą obnażoną z okostnej ścianę zatoki czołowej, przyczem stwierdzono, iż zatoka lewa łączyła się bezpośrednio z prawą i była prawie dwa razy większa niż prawa. Zatoka była wypełniona masą galaretowatą różowego koloru (bad. drobnowidzowe stwierdziło ziarninę — kol. Płońskier), a z zaułków gdzie niegdzie sączyła się ropa.

Cała ta masa wraz z błoną śluzową doszczętnie ze wszystkich zaułków była wyłyżeczkowana do kości; nierówności kostne i beleczki na ścianach szczypcami Luer'a były usunięte. Na dolnej ścianie zatoki, tuż za nasadą kości nosowych, ze strony lewej, usunięto przednią część kości sitowej i utworzono w ten sposób komunikację z jamą nosa Przy pomocy nitki jedwabnej przeciągnięto cewnik gumowy Petzer'a z zatoki do nosa i, umieściwszy główkę cewnika w zatoce, zaszyto przednią ścianę zatoki; wprowadzono w jednem miejscu mały sączek z gazy vioformowej. Sączek usunięto po 2 ch dniach, szwy na — 7-my dzień, a cewnik Petzera — po 3-ch tygodniach. Rana skórna zagoiła się przez rychłozrost. W kilka dni po operacji rozpoczęliśmy przepłukiwanie zatoki czołowej rozczynem kwasu bornego przez cewnik Petzera, wprowadzony do niej na stałe przez jamę nosową. Wydzielina z zatoki obecnie jest nieduża.

A. Stückgold. **Przypadek raka nerki** (Z oddziału M. Lubelskiego).

P S, l. 44, przybyła 15. V. 28 r. Zachorowała przed 2 miesiącami: nagle atak bólów w lewym boku i w górnej lewej części brzucha. Już na drugi dzień dreszcze i gorączka,

mocz krwawy, często oddawany i z bólami. Trwało to 3 miesiące, spędzone w szpitalu (Suwałki). Stan się pogarszał, przybyła więc do Warszawy.

Zamężna; 4-ro dzieci. St. ob.: średniego wzrostu, o delikatnej budowie, odżywienie mierne; powłoki zewnętrzne blade. T° 37,8 rano, 38,9 wieczor. W płucach i w sercu bez zmian. Brzuch miękki, niewzdęty. Palcem nie wyczuwa się prawej nerki. Dwuręczne badanie wykazało w lewem podżebrzu guz, jak pięść duży, twardy, bolesny, nieopadający przy wdechu, jakby powiększona nerka lewa. Objaw Goldflama + po str. lewej. W moczu: białka 0,9%, cz. krw. 50—60 w polu widzenia, biał. 15—20, bez wałeczków. Cystoskopowo: obrzmienie błony śluzowej pęcherza, nalot włóknikowy bez szczególnych zaburzeń u ujść moczowodów i trójkąta. Wydalanie wstrzykniętego dożylnie karminu indygowego było prawidłowe, prawą nerką po 5' a lewą po 7'. Mocz z lewej nerki zawierał 60—70 czerwonych krwinek w polu widz.. Rtg. bez zmian. Pyelografja: (25% Natr. bromat) udało się wprowadzić tylko 2 cm³, z powodu silnego bólu; płyn zapełnił tylko dolny odcinek moczowodu.—Rozpoznano więc guz nerki. Z posiewu krwi wyrósł gronkowiec złocisty. Pyelografja przemawiała tu za nowotworem nerki, przebieg zaś za roponerczem (t° wieczorami do 39°, dreszcze). To też w leczeniu chora otrzymywała dożylnie urotropinę, lewatywy z kolargol'u, domięśniowo yatren-kazeinę, propidon, auto-szczepionkę i t. p.; t° nie ustępowała. Postanowiono chorą operować w znieczuleniu miejscowem (novokaina + adrenalina); pod koniec zabiegu dano kilka kropel narkozy eterowej. Cięciem Guyon'a (półkolem od XII go żebra do sp. il. ant. sup.) St. doprowadził do torebki tłuszczowej nerki. Stwierdzono guz nerki (b. dużej, w zrostach). Aby otrzymać lepszy dostęp do nerki St. wykonał resekcję XII żebra. Wyłączenie nerki ze zrostów i usunięcie było b. trudne; 2 sączki z gazy vioformowej, zaszycie rany. W czasie zabiegu środki nasercowe i sól fizjolog. Nazajutrz po operacji: t° 36,4, z małemi wahaniami, trzymała się tak w przebiegu pooperacyjnym. Szybka poprawa; wypisana z raną zagojoną. Guz-Ca. molle (Płońskier). Zasługuje na uwagę to, że rak nerki dawał objawy roponercza. Raki (i mięsaki) nerek rzecz b. rzadka. Najczęstsze to nadnerczaki i nephroma malignum u dzieci. Rozpoznanie nadnerczaka klinicznie jest b trudne (rozwija się zwolna, długo nie wyrasta poza swą otoczkę i nie drąży wgląb nerki, to też długo może ona zupełnie sprawnie funkcjonować). Rak (i mięsak) już we wczesnym okresie wrasta w miąższ nerki i odrazu upośledza jej czynność. Badanie pyelograficzne w przypadkach nowotworów nerki ma dotąd jeszcze małe znaczenie diagnostyczne.

Konferencje Neurologiczne Oddziału IX-go.

Posiedzenie dnia 5 stycznia 1928 r.

Przewodniczył E. Flatau.

I. Poncz. **Przypadek guza płata potylicznego (Pokaz preparatu z oddz. L. Bregmana).**

S. H. l. 46, mężatka; przed 3 mies. — nagle niedowidzenie połowiczne. Trwało $^1/_2$ godz. Po paru tygodniach powtórne. Od 3 tygodni bóle głowy; przed paru dniami — wymioty.

St. ob.: po przybyciu do szpitala nieznaczna bolesność opukowa prawej $^1/_2$ czaszki; lekki opór w karku. Ruchy oczu upośledzone na zewnątrz, ku górze, niedostateczne pr. oka ku wewnątrz. Prawa źrenica > ; na światło odczyn słaby. Tarcze zastoinowe z wyniosłością 2 D.; Visus $^3/_{15}$.

Hemianopsia sinistra heteronyma. Bezład nieznaczny w l. k. d. Oppenheim w l. k. d. —, Babiński — O. Lekkie zaburzenia czucia cieplnego i głębokiego w lewej $^1/_2$ ciała Wass. we krwi i płynie mózg-rdzen. —. Lekkie zamroczenie, to znów euforja, skłonność do dowcipkowania.

Rozpoznano guz pr. płata potyl. Na oddziale chirurgicznym (Sołowiejczyk) wykonano trepanację (prawa $^1/_2$ potylicy), nakłuto tylny róg. Guza nie ujawniono. Badanie aspirowanej miazgi mózgowej nie wykazało budowy nowotworowej. Po operacji znaczne pogorszenie; wypadnięcie mózgu. Silne bóle głowy. Zamroczenie. Moczu nie utrzymuje. Pr. źrenica bez odczynu na światło, w lewej — minimalny. Wygładzenie lew. fałdy nosotwarzowej. Niedowład l. k. k,. PR i AR umiarkowane. Bab. = O. Wybitne zaburzenia czucia w lew. $^1/_2$ ciała. Tętno 100. Exitus w parę tygodni po operacji.

Autopsja wykazała duży guz prawie całego płata potylicznego prawostr., tuż pod korą, od przodu i góry do zwojów środkowych tylnych. Dokoła guza (glejakomięsak) liczne złogi hemosyderyny i hematoidyny z wybroczyn.

W rozprawie Bregman podnosi, że długotrwałe niedowidzenie połowiczne przemawiało tu za umiejscowieniem guza w płacie potylicznym. Pogorszenie po operacji B. uzależnia częściowo od wypadnięcia mózgu. Niepożądanemu powikłaniu temu należy zapobiegawczo wszelkiemi środkami przeciwdziałać. Pozatem na podkreślenie zasługuje tu ujemny wynik naświetlań prom. Rtg., dodatni objaw Oppenheima po str. lewej i wreszcie skłonność do dowcipkowania.

Mackiewicz, omawiając budowę guza, rozpoznaje tu „spongioblastoma multiforme". Guz ten rozwijał się prawdopodobnie w ciągu wielu lat. Nagłe wystąpienie niedowidzenia

połowiczego M. tłumaczy krwotokiem do guza. Guzy tego rodzaju, wobec daleko posuniętego zróżnicowania i sporej liczby włókien, nie nadają się do naświetlania prom. Rtg..

Flatau sądzi, że należało tu zrobić punkcję Pollack'a-Neisser'a; mogłaby ona była przyczynić się do wykrycia umiejscowienia guza. Co do wypadania mózgu, to należy stosować 3 zabiegi, które mogą temu zapobiec: 1) odciążenie (trepanatio) po str. przeciwnej (Cushing), 2) nakłucia lędźwiowe, 3) zastrzyki płynów hipertonicznych.

Goldflam sądzi, że objaw Oppenheima nie ma większego znaczenia klinicznego. Małe wodogłowie wewnętrzne, przy olbrzymim guzie i wybitnej tarczy zastoinowej, świadczy, że zastoina nie była tu wyrazem mechanicznego ucisku, lecz stanu zapalnego.

Pozatem brali udział w rozprawie Herman i Zandowa.

II. Szpilman-Neudingowa. **Przypadek ropnia zwojów środkowych** (Z oddz. L. Bregmana).

S. L. lat 43, przybył dn. 17. XII 1927. W sierpniu 1927 r. jakoby angina i szkarlatyna (bez wysypki); t^0 kilka dni > (do 40^0). Zastrzyknięto jeden flakon surowicy. Chorował 2 tygodnie. We wrześniu 1927 — drgawki w pr. k. g., pr. k. d.; przytomny. Po napadzie porażenie pr. kk. bez zaburzenia mowy. Tegoż dnia po 6 godzinach powtórnie drgawki, silniejsze. Po 6 dniach ruszał palcami, dłonią. Po 10 dniach znów drgawki; odtąd codzień, 1 — 2 razy i więcej, do końca życia. W 4 tygodnie po porażeniu znów chodził, pisał. W 6 tygodni od początku choroby po raz pierwszy ból w lewej $^1|_2$ głowy, odtąd napadowy, przez kilka minut, niekiedy 1 — 2 godz., a potem codzienny. Szum w lewem uchu. Mdłości, wymiotów nie było. 10 dni przed przybyciem na oddział pogorszenie, osłabienie pamięci, ból lewej $^1|_2$ głowy i oka. Mdłości. Słuch zachowany. O osłabieniu wzroku nie wie, od 20 lat nosi okulary. Lues —.

St. o b.: Szmer skurczowy, najwyraźniej na mostku i u aorty. P.—106. Kypho-scoliosis. Prawe oko zamyka gorzej, prawa fałda noso-wargowa mniej zaznaczona. Język w prawo. Tarcze zastoinowe. Wyniosłość oka lewego = 3 — 4 D, prawego — 2 D. Visus lew. = $^1|_{18}$, pr. = $^1|_3$. (Zamenhof). Minimalne ruchy w prawym barku, w dłoni; w palcach — niedostateczne. Pr. k. d. tylko en masse nieco unosi. Odruchy ścięgnowe z prawej > . Babiński = O, obustr. areflexia. Chód hemiplegiczny. Mowa, smak, słuch +. Czucie +. W płynie mózg.-rdzeniowym, przezroczystym, białka 0,2‰ N.Ap. +; bez pleocytozy. Wasserm. —. Mocz +. We krwi Hb. 77%, czerw. c. 4.630.000, biał. 9.550, neutr. 73,4%, limfoc 20,2%, eozynochł. 2%, monocyt. i formy przejściowe 4.4% bez patologicznych.

24/XII. We krwi: Hb. 75% Cz. — 6.070.000, b.—13.700. Ciepłota 1 i 2 dnia na oddziale 37,4°, następnych dni — normalna. Stan na oddziale gorszy: stałe bóle głowy, drgawki kloniczne w pr. k. g.. Bab. z prawej. Tętno 86—96.—Po 2 tygodniach zmarł.

Sekcja: Czopy ropne w migdałkach. W okolicy gyr. centraliś—r o p i e ń.— Z objawów uciskowych wewnątrzczaszkowych przypuszczano nowotwór mózgu; pierwsze badanie krwi wykazało niznaczną leukocytozę, dopiero powtórne — kilka dni przed zamierzoną operacją — 13.700 białych ciałek. Ze względu na szmer w sercu i nagłe porażenie można też było przypuszczać sprawę naczyniową. Punktem wyjścia dla ropnia była tu prawdopodobnie angina.

W rozprawie B r e g m a n podnosi niezwykłe trudności rozpoznawcze w danym przypadku. W pierwszym okresie, wobec niedowładu połow., szmeru nad mostkiem i drgawek — można było myśleć i o zatorze; w drugim — wobec bólów głowy, tarczy zastoinowej — raczej o nowotworze mózgu, niż o ropniu, na korzyść którego mogła była przemawiać tylko nieznaczna leukocytoza we krwi (9500 w mm³). F l a t a u uważa również, że rozpoznanie było tu trudne. Za ropniem przemawiała tu leukocytoza we krwi. Z a n d o w a sądzi, że były tu pewne objawy dla ropnia mózgu. Zwraca uwagę związek ścisły między okresem gorączkowym a początkiem choroby. Pożatem drgawki przemawiały raczej przeciwko zatorowi mózgu.

III. M. W o l f f. **Przypadek wiądu rdzenia z syringomyelją**. (Z oddz. E. F l a t a u a).

A. R., l. 47, stolarz, żonaty, bezdzietny. Przed kilku laty kiła (nieleczona). Przed 15 laty bezwład pr k. k. z zaburzeniami czucia; po upływie tygodnia w ruchach i czuciu stopniowa poprawa; osłabienie pr. k. g. pozostało do dziś dnia. Przed 8 laty drętwienie w palcach stóp oraz podeszwach; uczucie zimnego okładu na zewnętrznej powierzchni podudzi. Przed 2 laty swędząca wysypka z pęcherzykami. Od 3 lat bóle w k. k. d., rzadziej w g.. Od jesieni r. b. nasilające się osłabienie k. k d. oraz g.. Od 6 tygodni nie pracuje. Od miesiąca zaparcie. Od 2 lat zaburzenia urynowania i brak erekcji.

Przed 7 taty w ciągu 5 miesięcy dwojenie; przed 6 tygodniami w ciągu miesiąca znów dwojenie. W 1904 r. silne bóle i zawroty głowy. Przed 3 tygodn. — wskutek znieczulenia — oparzenie karku z martwicą skóry.

S t. o b.: Gruczoły pachwinowe twardawe, ruchome. Na skórze karku i w okolicy prawej łopatki blizny po oparzeniu. Zniekształcenie ostatnich paliczków IV-ych palców u dłoni. Lekka rozedma. W sercu tony głuche. Oczopląs drobny

w lewo, prawie wyłącznie w l. gałce. Źrenice nie zupełnie okrągłe; Argyll-Robertson +. Dno oczu +. Visus o. pr. 5/6. o. l. 5/15. Odruch gardzielowy = O, czucie krtaniowe zachowane. Osłabienie pr. k. g. Prawa łopatka odstaje. Osłabienie pr. cucull., rhomb., pect. major. Drżenie włókienkowe w pr. m. cucull. i delt., nieznaczne w m. tric. dext.. Dysmetrja w pr. k. g.. Diadochokinesis +. Odruchy z triceps i periostalne słabe; Mayer +; Abd — górne bardzo słabe, dolne i środkowe = O; Crem. ++. Chód zlekka chwiejny w str. lewą. Romberg + Siła m. +. Próba pięto-kolanowa-nieznaczna dysmetrja. PR zachowane. pr. <. AR minimalne. Fleksja podeszwowa 4-ch palców zewn., obustr.; Rossolimo i Mendel-Bechterew = O. Percepcja kinetyczna +, czasami tylko myli się co do położenia II palca pr. stopy oraz w palcach pr. dłoni. Czucie dotyku +, czucie bólu osłabione na przedniej powierzchni dolnej części podudzi, na k. g pr, twarzy, głowy i szyi po pr. str. oraz na kl. piersiowej do D6 z przodu obustr., z tyłu po str. l., na przedniej pow. l. k. g. z tyłu na skórze pleców po l str. do D5 oraz nn głowie po pr. str.. Próba kaloryczna +. Badanie elektryczne zmian nie wykazało. P. L.: ciśnienie (Claude) 190/100. Queckenstedt (—)' 28 limfocytów, 5 neutr., NAp ++. Wass w pł. m .— rdz. w dawce 1,0 ++++, w dawce 0,2 +++; we krwi +++. Lange — krzywa zbliżona nieco do krzywej w P. p..

Rtg.: Koście dłoni poszerzone i pokrzywione. Szpary stawowe międzypaliczkowe I i II 4-ych palców zwężone. Mały okrągły ubytek kostny na I członku IV-go palca l. dłoni.

W danym przypadku ma się do czynienia niewątpliwie z wiądem rdzenia. Lecz obok objawów znamiennych tego cierpienia są inne - jamistości rdzenia. Trudno orzec, czy jest to koincydencja dwu chorób, czy też jamistość rdzenia wywołały tu zmiany kiłowe w rdzeniu. W każdym razie obecność jednoczesna 2 tych chorób należy do nieczęstych. Przypadki takie opisali między inn. Friedreich, Redlich, Oppenheim.

Zespół jamistości rdzenia z kiłą układu nerwowego spostrzegano też bardzo rzadko. Herman opisał taki przypadek z oddz. dra Flataua. Nonne przytacza 2 przypadki, Oppenheim i Cassirer (jeden) i n. inni.

IV. Flatau i Prussakowa. **Przypadek nowotw. mózgu z dużem ogniskiem zwapnienia na roentgenogramie oraz punkcją Pollack'a-Neisser'a.** (Patrz szczegółowy opis przypadku Zesz. III 1928 r str. 302).

W rozprawie Bregman podnosi pewną nieścisłość nomenklatury w danym przypadku, gdyż zabieg, zastosowany tu, był zwykłą trepanacją a nie właściwą punkcją Pollack'a-Neisser'a. Nakłucie to może mieć wogóle zastosowanie raczej wówczas, gdy już ustalono lokalizację guza.

Flatau podkreśla niepoślednią wartość kliniczną punkcji Pollack'a-Neisser'a, zapomocą której można rozpoznać guz zarówno pod względem topograficznym, jak też bliżej ustalić, na jakiej głębokości się mieści. Dzięki temu, określając ścisłą topografję guza, można próbować zastosować w przypadkach odpowiednich termokaustykę wedł. metody Cushing'a.

Posiedzenie z dn. 2 lutego 1928 r.

Przewodniczył L. Bregmann.

I. Flatau: **Przypadek zapalenia surowiczego opón mózgowych na tle gruźlicy (meningitis serosa tuberculosigenes).**

Przypadek dotyczy 24 l. D. K., która zgłosiła się dn. 17.XII. 27 r. Przed 3 laty ból w lewej nodze. Przed 7½ mies. — wstrzymanie regularności, trwające 3 mies. Przed 4 mies. ból głowy, bez wymiotów. Od tego czasu pozostawała w łóżku (stan podgorączkowy). Od 9 tygodni — nasilenie bólów głowy, przeważnie w okolicy czołowej, wymioty. Jednocześnie — dwojenie. Od tygodnia ponowił się ból w lewej nodze. Dn. 12.XII. 27 r. (w Lublinie) nakłucie lędźwiowe, płyn klarowny, NA++, 15 limfocytów. Siostra chorej cierpiała na płuca.

St. ob. Czaszka normalna. Budowa delikatna. Rzęsy firankowe. Bardzo silne bóle głowy. Przytomność zachowana. Sztywność karku. Objaw midrjatyczny zaznaczony; Kernig+, Brudziński+; przy tych próbach intensywny ból w lewej nodze. Lasègue dodatni z lewej str. Tarcze zastoinowe; dokoła i częściowo na brzegach tarcz liczne wybroczyny promieniste oraz ogniska białe. Tarcze przeświecają różowo. Żyły poszerzone. Oko pr. — 1 D, oko lewe — 2 D. Tętno 88. Osłabienie prawego n. twarzowego. Obustronny objaw Jacobsohna. Odr. brzuszne: górnych brak, lewy dolny zachowany, prawego brak. PR żywe (lewy nieco >). AR żywe (lewy nieco polikinetyczny). Podeszwowy — normalny. Pirquet ++. Wass. we krwi i w płynie mózg.-rdzeniowym ujemny; płyn ten przezroczysty; N. Ap. ++: 16 limfocytów, 0,3% białka. T° podgorączkowa (do 37,6). Wzór krwi normalny.

Zastosowano: 1) naświetlania czaszki prom. Roentgena (od 20.XII. 1927 do 6.1. 1928), 2) wlewanie dożylne 40% glukozy i 3) naświetlania kwarcowe ogólne. Bóle głowy z początku trwały nadal i niekiedy pojawiały się wymioty. Obraz dna oczu nie wykazał dn. 6.1. 28 zmian w porównaniu z poprzednim. Odruchy w k. k. dolnych wzmożone. Dn. 10.1. 28 wyniosłość tarczy prawej = 2 D, lewej = 3—4 D. Siła wzroku 5|5 Roentg. klatki piersiowej wykazał wzmożony rysunek wnękowy. Dn. 21.1. 28 zauważono wysypkę, pokrywającą ręce, nogi, brzuch i klatkę piersiową (t° już od 11 stycznia do 38°—39°, zaś od 22 stycznia zaczęła spadać i pozosta-

wała od 23.1. 1928 poniżej 37°. Od 23 stycznia stan chorej polepszał się. 25 stycznia wybitna poprawa w obrazie tarcz: w prawej widać było tylko 2 krwotoki, w lewej krwotoki znikły, obrzęk tarczy jeszcze wyraźny i wyniosłość jeszcze bez zmiany. 31.1.28 chora czuła się dobrze. Bóle głowy znacznie mniejsze. Odruchy w k. k. dolnych żywe.

Flatau rozpoznaje tu zapalenie surowicze opon na tle gruźliczem. Przemawia za tem nikła budowa chorej, stan podgorączkowy przez szereg miesięcy, wybitnie dodatni Pirq., choroba płucna siostry. Należy podkreślić objawy oponowe (sztywność karku i in.) oraz układanie się promieniste krwotoków dokoła tarczy. Co do etjologji tego cierpienia, to powstaje ono zwykle na skutek urazu, zatrucia, zakażenia, rażenia słonecznego i t. d. Na związek pomiędzy gruźlicą a powstawaniem bądź wodogłowia, bądź stanów zapalnych opon niegruźliczych, pierwsi zwrócili uwagę Muenzer (1899), Biedart, Heubner, Brudziński, głównie jednak Tinel-Gastinel. W r. 1919 specjalną pracę poświęcili tej sprawie Flatau i Zylberlast-Zandowa. Ostatnio (1922 — 1927) Claude mówi o surowiczem zapaleniu opon, jako o funkcji gruźlicy utajonej i podaje opis przypadku klasycznego.

Co do leczenia, to Flatau stosuje w meningitis serosa naświetlanie prom. Roentg. wraz z wstrzykiwaniem dożylnie 40% glukozy. O ile cierpienie to powstaje na tle gruźlicy, F. przyłącza do tych 2 metod jeszcze naświetlania kwarcowe całego ciała oraz odpowiednie odżywianie i leczenie klimatyczne.

W rozprawie Higier zaznacza, że omawiana kwestja jest aktualna, odnosi się nietylko do zapalenia opon mózgu, lecz i rdzenia. Gruźlica niewątpliwie odgrywa dużą rolę w etjologji meningitis. Rokowanie w men. ser. jest dobre. W leczeniu można stosować i nakłucie lędźwiowe i naświetlania prom. Roentg., ewentualnie odciążający zabieg.

Goldflam dodaje, że w mening. serosa, obok gruźlicy, znaczenie przyczynowe posiadają: 1) wszelkie zatrucia i zakażenia, 2) schorzenia jam obocznych nosa, 3) schorzenia kości czaszki, 4) uraz fizyczny. W men. ser. zasługuje na uwagę duża ilość krwotoków i wysięki u tarcz n. wzrokowego.

Zamenhof uważa, że dla men. ser. znamienne są u tarcz krwotoki i wysięki, które zanikają w miarę poprawy. Duża tarcza zastoinowa nie świadczy jeszcze o rozległości sprawy.

Zandowa w przypadku men. ser. wykryła w płynie mózg.rdzeniowym pleocytozę. Z. sądzi, że zapalenie opon surowicze wywołane tu było nie toksynami bakteryjnemi, lecz bakterjami.

Bregman sądzi, że dla wyjaśnienia sprawy najlepiej rozpatrzeć oddzielnie przypadki ostre i przewlekłe. Pierwsze znane są oddawna. B. widzi wiele ich w szpitalu i na mie-

ście. Wobec obarczenia dziedzicznego i innych danych przypuszcza się sprawę gruźliczą. Wbrew temu jednak płyn wykazuje małe zmiany a zejście bywa pomyślne. Dawniej przypadki takie określano jako „meningismus". Od czasu prac Quincke'go wiemy, że jest to zapalenie surowicze. Autorzy francuscy określają je jako „épisodes méningeales de la tuberculose". Jedno dziecko, które przebyło w szpitalu taki „epizod" oponowy, powróciło po kilku miesiącach z prawdziwem zapaleniem gruźliczem opon i zmarło. Odgraniczenie takiego surowiczego zapalenia od gruźliczego nie jest łatwe. Wiadomo wszak, że i w surowiczem zapaleniu opon znajduje się często krew oraz niewielka pleocytoza w płynie. Niepodobna określić tej liczby komórek, która wyłącza zapalenie surowicze. Z drugiej strony—wykrycie prątków Kocha w płynie wciąż jeszcze napotyka duże trudności, a szczepienie śwince morskiej daje wynik dopiero po 2—3 tygodniach: termin zbyt długi dla spraw tak ostro przebiegających. B. przytacza przypadek dziecka z b dużą pleocytozą, zakażone przez nianię chorą na otwartą gruźlicę; zejście było pomyślne. Drugi przypadek dotyczył młodej mężatki, która zachorowała w Otwocku: typ limfatyczny; ciężkie objawy oponowe, duża pleocytoza; wyzdrowienie. Chora ta wystawiała się przez czas dłuższy na działanie promieni słonecznych, jednakowoż czynnik ten nie mógł wywołać pleocytozy. B. wyraża przypuszczenie, że kąpiele słoneczne, tak powszechnie obecnie stosowane i nadużywane, a być może i naświetlania kwarcową lampą, przyczyniają się u osobników gruźliczych do powstawania „epizodów" opono wych. Co się tyczy przypadków przewlekłych, to rozpoznanie jest o wiele trudniejsze. Orzeczenie pomiędzy nowotworem, a surowiczem zapaleniem mózgu, bywa częstokroć dowolne, zależne od widzimi się badającego. Ciepłota podgorączkowa, gruczoły wnękowe i t. p., nie dają dostatecznej podstawy, gdyż osobnicy tacy mogą także być dotknięci nowotworem mózgu. Zresztą nowotwory dają d często ciepłotę podwyższoną. Również przebieg pomyślny, bądź samoistnie występujący, bądź pod wpływem promieni Roentgena, niczego nie dowodzi. W przebiegu nowotworów spostrzega się znaczne i długotrwałe remisje; prom. Roentg. w niektórych przypadkach dają wynik wspaniały.

Flatau w odpowiedzi zaznacza, że obraz tarczy zastoinowej i stan naczyń na dnie oczu mają znaczenie w rozpoznaniu i dla rokowania w meningitis serosa. Badania nad świnkami wykazują, że meningitis tuberculosigenes wywołane jest przez toksyny gruźlicze, a nie przez bakterje. Nie można mieszać mening. tuberculosigenes z t. zw. epizodami oponowemi w przebiegu men. tbc., o których mówił Bregman.

II. Szpilman-Neudingowa. **2 przypadki porażenia nerwu udowego.** (Z oddz L. Bregmana).

1. M. M., lat 69, tkacz. Przybył 17.I.28. W 1914 r. w ciągu 2 godzin wykonywał pomiary na łąkach, przyklękał i moczył kolana. Po 5 godzinach doznał bólu w krzyżu, na zewnętrznej powierzchni l. uda i mrowienia w l. k. g. Bóle w lewem udzie, napadowe, powtarzały się co kilka godzin w dzień i w nocy w ciągu 2 tygodni; chory stwierdził też osłabienie czucia. W ciągu 2 lat bóle co kilka miesięcy. W 1—2 r. po zaziębieniu zanik lew. uda. Do szpitala przybył z powodu zaburzeń urynowania.

St. ob.: Duży zanik mięśni lew. uda (o 8 ctm. < pr.), nieznaczny podudzia (o 1 ctm. < pr.). Brak l. PR. osłabienie l. AR. Objaw Mackiewicza +. Zaburzenia czucia dotykowego, bólowego i cieplnego w obrębie n. udowego. Wassrm. w płyn. mózg.-rdzen. i krwi = O. Płyn mózg.-rdzen normalny. Znaczne obniżenie pobudliwości elektrycznej mm. l. uda. Mocz +. Mocznika we krwi 1,3 o/oo. Ciśnienie krwi 210/175. Tony serca głuche. Badanie urologiczne ustaliło cierpienie miejscowe: przerost gruczołu krokowego; adenoma simplex c. retentione urinae (B. Endelman). Powiększony mocznik we krwi — objaw wtórny. Rozpoznano więc porażenie pozapalne (z oziębienia) n. udowego.

2. M. I., 70 lat, gonciarz. Przybył 19.I.28. Dn. 18.I w ciągu ± 3 godzin pracował na dachu, lekko ubrany, podczas zimna i wiatru. Po pracy, na zewn. powierzchni, wzdłuż l. uda do kolana, kłucie i wiercący ból, co przeszkadzało przy schodzeniu z dachu. Bóle szybko wzmogły się, dla uspokojenia kładł gorący piasek, czem wywołał oparzenie III stopnia. Zawsze przedtem zdrów.

St. ob.: Słabszy lewy odruch kolanowy. Objaw Mackiewicza +. Bolesność uciskowa n. udowego, zaburzenia czucia dotykowego, bólowego i cieplnego w obrębie n. udowego. Waserman ujemny. Płyn mózg.-rdzen. normalny. W moczu 5 — 10 leukocytów w p. w.. Pobudliwość elektryczna +.

Na oddziale stan poprawił się: bóle zmniejszyły się, różnicy w odruchach nie stwierdza się. Rozpoznano i tu porażenie n. udowego. Momentem etjologicznym było też oziębienie. — Cierpienie to może być wywołane przez uraz, ucisk, sprawy zapalne, samozatrucie, zaziębienie, choroby zakaźne.

Bregman opisał przypadek cukrzycy z zajęciem n. udowego. Przed 1½ rokiem był demonstrowany z oddz. dra Bregmana przypadek porażenia n. udowego pochodzenia kiłowego (Sznajderman). W 1903 Piltz opisał przypadek porażenia n. udowego, wywołany uciskiem u 3 braci z krwawiączką. Porażenie powstało tam na skutek krwotoku do nerwu. Najrzadziej jednak spotykamy postać porażenia n. udowego z oziębienia.

W rozprawie Mackiewicz przypomina, że pierwszy w r. 1912 opisał t. zw. objaw udowy, znamienny dla zapalenia nerwu udowego.

Flatau uważa, że przypadki są ciekawe, ale bynajmniej nie takie rzadkie. Nieraz spostrzega się zajęcie nn udowych wraz z kulszowemi. Należy też różnicować z radiculitis lumbosacralis.

Goldflam w jednym z przypadków okazanych przypuszczałby raczej schorzenie stanu biodrowego.

Higier uważa, że w pierwszym przypadku, który trwa już 14 lat, ma się raczej do czynienia z radiculitis lumbosacralis, wzgl. meningo-radiculitis, a nie z neuritis femoralis.

Bregman wymienia jako cechy charakterystyczne dla obydwu przypadków: 1) zapalenie nerwu na skutek zadziałania zimna, 2) dość znaczne zaburzenia czucia, 3) udział n. kulszowego w drugim przypadku.

III. Prussakowa i Krasucka. **Przypadek guza w kącie móżdżkowo-mostowym.** (Z oddz. E. Flataua).

K. S., l 35, przybyła dn. 2.1 28 r. Od roku bóle i zawroty głowy, czasami w potylicy, niekiedy w cz. czołowej oraz prawej gałce ocznej i w prawej 1/2 nosa. Od VII.27 mdłości, czasami wymioty. Od 2 tygodni drętwienie w pr. 1/2 twarzy i języka. Przed paru dniami drgawki palców wskazujących ręki prawej.

St. ob.: Czaszka bolesna przy opukiwaniu w części czołowo-skroniowej prawej. Nerwy nad i podoczodołowy — wrażliwe na ucisk. Tarcze zastoinowe (wyniosłość pr. = 1 D, lewa = 2 D (Zamenhof). Pole widzenia cokolwiek zwężone koncentrycznie. Vis. obustr. = 1. Czucie na twarzy +. Odruch rogówkowy pr. = O. Inne nn czaszkowe +. Odruch okostnowy prawostronny kończ. górnej i ścięgnowy kończ. dolnej żywsze, niż po str. lewej; podeszwowe = O. W czasie naświetlania czaszki prom. Rtg. szybki upadek siły wzroku (do 1/3). Poddano więc chorą operacji odciążającej w części potylicznej (Goldstein). Podczas zabiegu nakłuto półkule móżdżkowe; badanie treści wydobytej wykazało normalną korę móżdżkową.

Na zasadzie braku odruchu rogówkowego po str. pr., jako obj. dominującego, rozpoznać tu można z dużem prawdopodobieństwem guz kąta móżdżkowo-mostowego, mimo braku objawów ze strony VII i VIII pary nerwów. Należy jednak zaznaczyć, że według Guillain'a, Alajouanine'a i Darquier'a odr. rogówkowy może zniknąć w sprawach chorobowych korowych (lésions corticales rolandiques basses), niezależnie od uszkodzenia nerwu twarzowego. Po kilku tygodniach wystąpiły objawy, które już wyraźnie wskazywały na umiej-

scowienie guza w lewej półkuli mózgowej (agrafja, później niedowład prawostr.).

W rozprawie H i g i e r skłaniałby się też do rozpoznania tu guza kąta mostowo-móżdżkowego. Stan odruchu rogówkowego nie może mieć jednak decydującego znaczenia, jak stwierdził jeszcze R e d l i c h przed kilkunastu laty; odruch ten jest często zmienny.

G o l d f l a m zestawia przypadek powyższy z meningitis serosa; skłaniałby się tu do rozpoznania guza; w mening. ser. jest wybitna tarcza zastoinowa i dużo wysięków, czego niema w takim stopniu w przypadkach guzów; upadek wzroku u chorych z guzami mózgu szybciej występuje; w mening. sorosa zastoina ustępuje, w nowotworowych sprawach notuje się zaniki tarcz pozapalne. Z a m e n h o f omawia trudności określenia wyniosłości tarczy nerwu wzrokowego.

B r e g m a n sądzi, że mało tu danych dla guza kąta mostowo-móżdżkowego Zaburzenia powonienia i w zakresie n. trójdzielnego wskazywałyby na zraz skroniowy w dolnej części po stronie prawej. Drgawki J a c k s o n a nie są też charakterystyczne dla guzów kąta mostowo-móżdżkowego.

F l a t a u omawia trudności rozpoznawcze w danym przypadku; 3 objawy należy tu brać pod uwagę: 1) zastoinę, 2) niedowład prawostr, 3) brak odruchu rogówkowego w oku prawem. Guzy w płacie skroniowym dają objawy ze strony n. okoruchowego, czego tu niema.

U z u p e ł n i e n i e p o d c z a s d r u k u. Bad. pośmiertne wykazało guz, wyrastający z opon (meningeoma) okolicy czołowo-centralnej lewej mózgu.

Konferencja z dn. 19 kwietnia 1928 r.

Przewodniczył: F l a t a u.

T. S i m c h o w i c z i M. W o l f f. **Przypadek polineurytycznej postaci zapalenia nagminnego mózgu** (Z oddziału E. Flataua).

A. S., l. 67, przybył dn. 17.III.1928. Żona nie roniła; 9-ro dzieci. Dwoje najstarszych chodziło od 2-go r. życia, później straciły władzę w kk. d. i zmarły w 18 r. życia. Troje zmarło na krup. Najmłodsza córka chodziła tylko do 3 lat, zmarła w 24 r. życia; pozostałe—zdrowe. Brat i siostra żony chorego i siostrzeniec obłąkani. 2 braci chorego zmarło z powodu raka, i trzeci ma raka. Chorób infekcyjnych, wenerycznych nie było. Alkoholu nie używał. Palił 15 — 20 papierosów dziennie. Przed $3^1/_2$ laty ischias sin..

Przed $^1/_2$ rokiem zjawiły się bóle głowy, czołowe i ciemieniowe, bez mdłości i wymiotów, niekiedy występowały w nocy, trwały $^1/_2$ — 1 godz. Po 12 tygodniach terapji jodowej znikły. Przed 7 tyg. ustąpiło to. Przed $3^1/_2$ tyg. ostre

bóle stałe po prawej str. krzyża, a stąd ku tylnej powierzchni pr. k. d. aż do pięty. Bóle trwają. W 2 dni potem wykrzywiła się twarz, wystąpiły bóle w okolicy potylicznej oraz górnej $^1/_2$ tylnej tułowia. Skrzywienie twarzy zmniejszyło się; bóle trwają. Mocz i kał wydala normalnie.

St. ob.: Wzrost średni, budowa +, odżywienie mierne. Na skórze klatki piers. po l. str. na poziomie sutka, pod l. pachą, na przedramieniu l. na przedniej pow. oraz na pow. wyprostnej ram. pr. — wysypka czerwona, swędząca (po kilku dniach ustąpiła). Rozedma płuc; tony serca głuche, II nad tętnicą główną akcentowany. Tętno 96, nieregularne. Wątroba o 3 palce wystaje z pod łuku żebrowego. Wzrok 5/5. Źrenice +. Dno oczu +. Koncentryczne zwężenie pola widzenia. Chory przymyka wciąż pr. oko wskutek uczucia dwojenia. Porażeń nn. ocznych nie stwierdzono. Niedowład l n VII, obwodowy. Pobudliwość elektryczna +. Odruch rogówkowy zniesiony po l. str.. Objaw noso-podbródkowy Simchowicza zaznaczony. Inne nn czaszkowe +. Kk g. bez zmian. Odruchy per. i triceps zachowane, słabe Mayer +. Marinesko-Radovici niema z l. str, po pr. + Abd. górne—b. słabe, dolne i środkowe po pr. str. nie daje się wywołać, po lewej +; cremaster +, l > pr. Chód powolny, szczędzi trochę pr. k. d.. Lassègue—z obu stron; przy próbie tej po pr. str. ból w kolanie. Objaw Mackiewicza + po pr. str. Bolesność przy uciskaniu łydki pr. oraz powierzchni podeszwowej. PR. prawy=0; (sposób Jendrassika daje minimalny skurcz w m. vastus ext.), l. — zachowany. AR pr. zachowany, l. = 0, flexio plantaris. Rossolimo, Mendel-Bechterewa, objawu Bernharda—niema. Objawu antagonistów niema, być może dodatni w l. stopie. Czucie zachowane Ciśnienie krwi 140/99. Pirquet +. Wass. —. We krwi: Hb. 75%, Cz. c. 4.880.000; B. c. 12.000; N 78,5%, L 16,5%, P. 4,5%, E. 0,5%.

P. lumb. 22.III. Pł. m.-rdz. przezroczysty, wskaźnik likwo-rologiczny — 3,02. B. — 0.33 o/oo, NAp ++; 112 limfocytów, dużo włóknika. Lange (—). Wasserman (—).

31.III. P. L. Pł. m.-rdz. (badany w Państw Zakł. Higjeny): 136 limf. NAp ++; B. — 0,33 o/oo; bez drobnoustrojów (również we krwi). Widal z Ty, PA, PB, PC i Weil-Felix— ujemne.

16.IV. 3-ia p. l.; pł. mózg.-rdzen.: 48 limf., NAp ++.

Była tu więc sprawa polineurytyczna, powikłana odczynem ze str. opon mózgowych (limfocytoza, zwiększona ilość białka, dwojenie, zajęcie n. twarzowego). Należy zaliczyć przypadek ten do postaci polineurytycznej zapalenia nagminnego mózgu.

W rozprawie Higier i Poncz uważają, że niema tu dostatecznych danych dla rozpoznania Enc. letharg.. Breg-

mana zastanawia brak zaburzeń czucia. Niedowład n. VII w Enc. letharg. zdarza się; B. zjawisko to skłonny jest wiązać z porażeniem jądrowem, a nie obwodowem. Flatau podkreśla, że w teraźniejszej epidemji zastanawia różnorodność typów; virus w Enc. letharg. ulega zapewne osłabieniu. Wypadki, jak powyższy, są to jakby maruderzy epidemji zapalenia nagminnego mózgu. W Encephalomyelitis epidemica zdarzają się też przypadki zarówno z objawami oponowemi, jak i obwodowemi.

Sterling nie utożsamiałby danego przypadku z postaciami dolnemi Enc. letharg., opisanemi przez francuzów, gdyż tu zajęty jest też n. twarzowy.

Herman przypomina swój przypadek parkinsonizmu pośpiączkowego bez odruchów na kk. dolnych. Skłaniało go to do myśli o polineurytycznej, wzgl. rzekomowiądowej, postaci Enc. letharg..

St. Gleichgewichtowa. **Zanik nn. wzrokowych o nietypowym przebiegu; zwapnienie tętnic mózgowych widoczne na rentgenogramach** (Z oddz. L. Bregmana).

J. A., l. 40, nauczyciel, chory od 1917 r. (wystąpienie zaburzeń wzroku w oku lewem). W r. 1915 kiła. Nie leczony. W okresie I powiększenie gruczołów chłonnych w pachwinach; po paru miesiącach bóle głowy, centkowate łysienie, zapalenie gardła, chrypka 2 mies i bóle w kk. g. i d. W r. 1916 przez 3 dni niedowład kk. lewych. Od 1917 r. objawy oczne: w oku lewem, jakby „galareta" i ciemne punkty. Leczono oczy — niespecyficznie. Wrażenie „galarety" znikło, chory zaczął widzieć lewem okiem wszystko w barwie żółtawej. Siła wzroku oka lewego nie zmieniała się jakoby do jesieni r. 1927. W VII.1927 zaburzenia w oku prawem (błękitna mgła zrazu, następnie żółte prążkowania). Wykonano badanie na odczyn Wa (+). Zastosowano wcieranie „olejku jodowego" w skronie (chory przypisuje temu zupełną utratę wzroku oka lewego). Badanie krwi i płynu m.-rdzen w klinice neurologicznej wykazało odczyn Wass. wyraźnie dodatni. W czasie kuracji bizmutowo-salvarsanowej pogorszenie wzroku również oka prawego. Kurację tę przerwano. Zastosowano R-terapję głowy (6 seansów, 5 dni). Od I.27 r upadek wzroku w oku prawem postępował zrazu od strony skroniowej. Pozatem od 4 lat bóle strzelające w kk. d; od niedawnego czasu „palenia" w boku i na brzuchu; gubi mocz. W końcu III.27 chory doznał bólu i zawrotu głowy z wymiotami, upadł. Od ½ roku szum w uszach, bez osłabienia słuchu.

St. ob: (13-III-28). Tony serca głuche. Tętno słabo wypełnione; ciśnienie krwi 150/60. Zrenice szerokie, nieokrągłe, prawa >, bez odczynu na światło; w ruchu zbieżnym zwęża

się tylko lewa. Wzrok o.l.=o, prawem słabo rozróżnia światło. Atrophia simplex dextr., atr. chorio-retinitica sin. (Zamenhof). PR > >; umiarkowane AR. Zaburzenia czucia cieplnego tylko na palcach kk. d. Bezładu niema. Wa + + + (krew, płyn). W płynie 43 limf. w p. w. R-gram: zwapnienie art. mening. med. obustronnie oraz przedniej części art. basilaris. Siodło tureckie +; w siodle jakby drobne złogi. (Rentgenolog tłumaczył ten obraz przeświecaniem złogów z art. carotis).

Zasługują tu na uwagę: niezwykle długotrwały proces w oku lewem (10 lat), zanim nastąpiła utrata wzroku (zanik z powodu chorioretinitis luetica), oraz złogi w naczyniach mózgowych w młodym stosunkowo wieku. Stan dna o.l. jest obecnie następujący: tarcza szara, z białym pierścieniem dokoła, tętnice bardzo wąskie, żyły nieco >. Odbarwienie całego dna, miejscami skupienie białych plamek, gdzie prześwieca sklera. Na obwodzie siatkówki rozsiane drobne ogniska barwikowe. W o. pr. natomiast — obraz zaniku zwyczajnego (barwa tarczy, zwężenie naczyń). Gdyby się ograniczyć do zwykłego wziernikowania oka lewego w obrazie odwrotnym, to niewątpliwie i tu rozpoznanoby zanik prosty, lecz bliższe badanie w obrazie prostym (i zapomocą oftalmoskopu Gullstrand'a) umożliwiło rozpoznanie chorioretinitis. W przebiegu zaburzeń wzrokowych zasługują na uwagę widzenia w kolorze błękitnym i żółtym. Objaw ten opisał w swoim czasie dr. Bregman, również w przypadku wiądu (ubarwienie zielone i fiołkowe przedmiotów), przyczem skłonny był tłumaczyć ten objaw podrażnieniem włókien n. wzrokowego i uważać go za analogiczny do bólów strzelających w k. k., będących wyrazem podrażnienia korzeni. Zarówno w n. wzrokowym, jak w korzeniach rdzenia, objaw podrażnieniowy występuje obok objawów porażennych — tam zmysłowego, tu czuciowego.

Niezwykle wyraźne złogi wzdłuż przebiegu naczyń mózgowych, o czem wyżej, oddział stwierdza po raz pierwszy. W danym przypadku (u osobnika 40-letniego, zarażonego kiłą) trzeba przypuścić, że zakażenie to przyczyniło się do tak wczesnego wystąpienia zmian naczyniowych, przyczem wyłącznie tylko w tętnicach czaszkowych (art. mening. med., basilaris, carotis).

Zrazu badanie oczu mogło nasunąć myśl o nowotworze w okolicy przysadki (jakby ślady skroniowej hemianopsji). Wątpliwości budził też obraz zwapnień u siodła tureckiego. Lecz wyraźne swoiste zmiany na dnie oczu i pozostałe objawy kliniczne (nierówne źrenice, objaw Argyll-Robertsona, zupełnie sztywna źrenica blada, bóle strzelające, parestezje o przebiegu pasowym i w. inn., podanych wyżej) wskazują na początkowy okres wiądu rdzenia.

W rozprawie Herman podaje, że obrazy zwapnienia na rtg —gramach w obrębie siodła nie są rzadkie i należą do fizjologicznych. To samo da się powiedzieć o tętnicach mózgowych. Sterling dodaje, że należy liczyć się jeszcze z jedną ewentualnością (spostrzegał taki przypadek), że zwapnienie art. carot. int. spowodować może zanik nn. wzrokowych. Higier sądzi, że gdyby nie r-gram, to byłoby się tu mówiło o pospolitym przypadku wiądu rdzenia.

Od Redakcji.

Podaje się do wiadomości czytelników „Kwartalnika", że z inicjatywy jednego z ordynatorów odbędzie się i w roku bieżącym od 1. II. 29—1. X. 29 „Konkurs im. Kwartal. Klinicz. Szpitala na Czystem" na najlepszy artykuł oryginalny, wzgl. zestawienie zbiorowe, z pogranicza chorób wewnętrznych, nerwowych (lub duchowych) a ginekologji, nieogłoszonych do 1. I. 29. Inicjator złożył sto złot., jako nagrodę, za najlepszy nadesłany w tym czasie do redakcji Kwartalnika artykuł o tym przedmiocie. Udział w konkursie mają prawo brać czytelnicy Kwartalnika. Praca będzie z tablicami, rysunkami i t. p. wydrukowana bezpłatnie.

Nadesłane.

I. Kowarschik. Diatermja. Przekład dr. E. Zboromirskiego. Książka niezbędna każdemu, stosującemu leczenie diatermiczne. Nakładem działu naukowego firmy: Zakłady Elektromedyczne, W. Makowski, Warszawa. 1929 r.

TREŚĆ NUMERU.

SOMMAIRE.

Redaktor: **J. Rotstadt.**

Komitet Redakcyjny: **L. Bregman, E. Flatau G. Lewin, M. Lubelski, L. Lubliner, A. Natanson, J. Szwajcer.**

Adres Redakcji i Administracji:

Szpital Starozak., Pawilon IX, Oddział Terapji Fizykalnej, tel. 507.12 Dr. J. Rotstadt.

Skład Główny: Księgarnia Gebethnera i Wolffa. Krakowskie Przedmieście 15, tel. 4-12.

NEUMAN & TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU.

Statystyka ruchu chorych w Szpitalu Starozakonnych na Czystem **(od 1 Kwietnia 1927 r. do 31 Marca 1928 r.)**

z podziałem

na oddziały, płeć. wyznanie, pochodzenie przy uwzględnieniu wpływów i należności za kurację.

Liczba Chorych 14.766 **Dni szpitalnych preliminowanych** 353.520 **Faktyczna liczba przebytych dni szpitalnych** 358.171

Ruch chorych z podziałem na oddziały i płeć

Kategorje chorych na poszczególnych oddziałach	Chorych Mężczyzn	Chorych Kobiet	Razem chorych	Stosunek % do ogółu chorych	Dnie szpitalne Mężczyzn	Dnie szpitalne Kobiet	Razem dni szpitalnych	Stosunek % do ogółu dni szpitalnych	Wartość przebytych dni szpitalnych i świadczeń złotych	gr
Chirurgicznych	2784	2326	5110	**34,6**	51451	45560	97011	**27**		
Ocznych	256	233	489	**3,3**	6467	5830	12297	**3,4**		
Ginekologicznych	—	897	897	**6**	—	19751	19751	**5,5**		
Położnic	—	1692	1692	**11,5**	—	12742	12742	**3,6**		
Skórno Wenerycznych	367	226	593	**4.1**	12118	7625	19743	**5,5**		
Płucno-laryngologicznych	422	347	769	**5,2**	10808	9149	19957	**5,6**	**2.698.736**	**20**
Zakaźnych	607	723	1330	**9**	7571	9625	16706	**4,7**	**13.298**	**00**
Wewnętrznych	1073	1000	2073	**14,**	28654	28481	571·5	**16**		
Psychjatrycznych	352	337	689	**4.7**	31552	42001	73553	**20,5**		
Wewnętrzno-nerwowych	570	554	1124	**7,6**	15342	13934	29276	**8,2**		
RAZEM	6431	8335	14766	**100%**	163963	194208	358171	**100%**	271:034	20
Oddział dla rekonwalescentów	**13**	**14**	**27**		**1.455**	**1.145**	**2.600**		**18.200**	—

Ruch chorych z podziałem na kategorje.

Kategorje chorych	Liczba chorych	Stosunek % do ogółu chorych	Liczba dni szpitalnych	Stosunek proc. do ogółu dni szpit.	Równowartość przebytych dni zł	gr	Świadczenia zł	gr	Ciężko chorych z Warszawy	Ciężko chorych z prowincji	Pogotowie ratunkowe
Z Warszawy	6113	**41,4**	140 992	**39,3**							
„ Prowincji	4830	**32,7**	148 157	**41,08**							
„ Wydział XVII	161	**1,1**	2 555	**0,8**							
„ Warszawska Kasa Chorych	3031	**20,5**	50 441	**14,2**							
(wraz z dopłatą Magistratu)		**2,5**									
„ Powiatowa Kasa Chorych	382	**2,6**	11 459	**3.3**							
„ Instytucje Państwowe i Kolejowe	98	**0,67**	2 150	**0,7**							
„ Organizacja Pomocy Lekarsk. P. M.	117	**0,8**	1 760	**0.5**							
(prac. Magistr. i Zakł. autonom.)	29	**0,2**	586	**0,1**							
„ Studencka Kasa Chorych	5	**0,03**	71	**0,02**	2 698 736	20	13 298	00	1987	1325	684
	14766	**100%**	358 171	**100%**	2 698 736	20	13.298	00	**13,4**	**8,9**	**4,6**
Oddział dla rekonwalescentów	**27**		**2 600**								

Ruch chorych według wyznań

OGÓLNA LICZBA CHORYCH	ŻYDÓW Liczba chorych	Stos. %	Dnie szpitalne	Stos. %	Warszawa liczba chorych	Stos. %	dnie szpitalne	Stos. %	Prowincja liczba chorych	Stos. %	Dnie szpitalne	Stos. %	CHRZEŚCIJAN liczba chorych	Stos. %	Dnie szpitalne	Stos. %	Warszawa liczba chorych	Stos. %	Dnie szpitalne	Stos. %	Prowincja liczba chorych	Stos. %	Dnie szpitalne	Stos. %
14.766	10967	**74,3**	302332	**84,4**	6438	**43.6**	153691	**42,9**	4529	**37,7**	148641	**41,5**	3799	**25,7**	55 839	**15,6**	3116	**21,1**	45 864	**12,8**	683	**4,6**	9975	**2,8**

Ruch poszczególnych chorych leczonych w Szpitalu

z **uwzględnieniem należności i wpływów** w gotówce.

KATEGORJE CHORYCH	Liczba dni szpitalnych	pozostało z roku 1926 złotych	gr	Równowartość dni szpitalnych złotych	gr	**Razem należało się** złotych	gr	Wpłynęło w roku 1927 złotych	gr	**Pozostało na rok 1928** złotych	gr	Stosunek % wpłat do ogólnej należności %
Warszawa	**140 992**	1 554 007	56	986 944	00	2 540 951	56	**111 566**	**16**	**2 429 385**	**40**	4,4
Prowincja	**148 157**	1 350 494	70	1 214 887	40	2 565 382	10	**438 769**	**68**	**2 126 612**	**42**	17,1
Wydział XVII	**2 555**	45 476	20	17 885	00	63 361	20	—	—	**63 361**	**20**	100
Warszawska Kasa Chorych **(wraz z dopłatą Magistratu)**	**50 441**	107 603	86	353 087	00	460 690	86	**160 747**	**35**	**299 943**	**51**	34,8
Powiatowe Kasy Chorych	**11 459**	60 627	80	93 963	80	154 591	60	**31 693**	**70**	**122 897**	**90**	20,4
Instytucje Państwowe i Kolejowe	**2 150**	11 449	00	15 050	00	26 499	—	**7 371**	**45**	**19 127**	**55**	27,8
Organizacja Pomocy Lekarskiej P. M.	**1 760**	3 697	84	12 320	00	16 017	84	—	—	**16 017**	**84**	100
Instytucje autonomiczne Miejskie	**586**	—	—	4 102	00	4 102	—	**3 543**	**—**	**559**	**00**	86,3
Studencka Kasa Chorych	**71**	2 308	27	497	00	2 805	27	**165**	**74**	**2689**	**53**	5,6
OGÓŁEM	**358 171**	3 135 665	23	2 698 736	20	5 833 401	43	**753 857**	**08**	**5 080 544**	**35**	

Rozrachunek z Warszawą — Egzekucje za czas od 1.4.1927 do 31.3.1928 r.

Stosunek procent.	Liczba chorych	Liczba dni szpitalnych	Równowartość	Wpłynęło przy przyjęciu	Wyegzekwowano	Sporządzono aktów ubóstwa	Nieustalone miejsce zamieszkania	Pozostaje na rok 1928/29
			złotych	**złotych**	**złotych**	**złotych**	**złotych**	**złotych**
do ogólnej liczby chorych 14.766	**6113**	**140 992**	**986 944**	**59 462 60**	**62 103 56**	**369 783**	**38 605**	**456.989 84**
i do ogólnej liczby dni szpitalnych	41.4%	39,3%						
Stosunek procent. do ogólnej sumy należności				**6%**	**6,3%**	**37,5%**	**3,9%**	**46,3%**

Rozrachunek z Prowincją za czas od 1 Kwietnia 1927 do 31 marca 1928 r.

Liczba chorych	Liczba dni szpitalnych	Równowartość	Wpłynęło przy przyjęciu	Wpłacono na skutek korespondencji	Ogółem wpłacono na poczet należności	Pozostaje na 1 kwietnia 1928	Stosunek % wpłat do należności
		złotych	złotych	złotych	złotych	złotych gr.	
4830	148 157	1.214.887.40	169.327.40	60.552.97	229.880.37	985.007.03	**18,9%**

P r o w i n c j a.

Rozrachunek gotówkowy za lata ubiegłe

Pozostało z roku 1926		Wpłynęło w 1927/8 za lata ubiegłe		Pozostaje na 1.4.1928 r.		Stosunek % otrzymanych sum do należności
złotych	gr	złotych	gr	złotych	gr	
479 009	54	236 445	38	242 564	26	**49,3%**

Rok 1927

Wykaz wydatków poniesionych przez Szpital Starozakonnych z uwzględnieniem kosztów poszczególnych pozycji budżetowych na **jeden** dzień szpitalny. **Dni szpitalnych rzeczywistych** 358.171.

Paragraf budżetu		Nazwa kredytu	Preliminowano		Przypada na jeden dzień		Rzeczywiście wydatkowano		Przypada na jeden dzień szpit.		UWAGI
			złotych	gr	zł	gr	złotych	gr	zł	gr	
§ I	p. 1	Personel lekarski	390 355	—	1	**10**	403 862	79	1	**13**	
"	"	" administracyjny	59 928	—		**16**	77 404	56		**22**	
"	2	" pracowników pozaetatowych (Ambul.)	11 922	—		**03**	12 547	87		**04**	
"	9	Remuneracje, odznaczenia i nagrody	36 023	—		**10**	35 961	—		**10**	**1,49 17%**
"	5 i 6	Personel służby salowej	631 290	40	1	**78**	904 671	13	2	**52**	
"	"	" " gospodarczej	274 461	60		**77**	347 504	44		**97**	
"	8	Zajęcie dodatkowe	2 149	—		**01**	516	—		—	
"	9	Remuneracja, odznaczenia i nagrody	73 851	—		**21**	98 478	70		**28**	
II	2	Umundurowanie	852	—		—	455	60		—	
"	4	Ubezpieczenie	2 476	—		**01**	2 112	90		**01**	**3,78 44%**
IV	2	Opał	122 878	—		**35**	127 437	60		**35**	**61%**
"	3	Oświetlenie	20 403	—		**06**	41 599	28		**11**	
"	4	Woda i Kanały	28 539	—		**08**	27 004	30		**7**	
"	5	Utrzymanie porządku	14 000	—		**04**	14 872	24		**4**	
"	6a	Remont budynków wewnętrzny	27 648	—		**07**	47 502	55		**13**	
"	6b	Remont urządzeń mechanicznych	31 840	—		**09**	38 078	37		**11**	
V	1	Materjały piśmienne	1 054	—		**1/2**	1 667	53		**1/2**	
"	2	Księgi i druki	2 734	—		**01**	3 525	85		**1**	
"	3	Prenumerata pism	580	—		—	580	35		—	
"	4	Telefony	2 730	—		**01**	4 022	32		**1 1/2**	
"	5	Znaczki pocztowe	1 176	—		**01**	1 746	98		**1/2**	
VI	1	Utrzymanie inwentarza martwego	12 930	—		**03**	12 343	02		**3 1/2**	
"	2	Przejazdy	657	—		—	937	22		**1**	
"	3	Przewozy	1 470	—		**01**	1 769	87			
"	4	Utrzymanie inwentarza żywego	2 992	—		**1 1/2**	4 389	58		**1 1/2**	
"	5	Pranie i reperacja bielizny	6 420	—		**0 2 1/2**	7 297	45		**2**	
"	6	Różne	2 268	—		**0,1**	2 267	12		**1**	
VII		Wydawnictwo Kwartalnika Klinicznego	1 000	—		**1/2**	1 000				
VIII	1	Meble i sprzęty	10 044	—		**2**	10 068	74		**3**	
"	2	Maszyny i narzędzia lekarskie	8 100	-		**1 1/2**	16 268	54		**4 1/2**	
"	4	Odzież, pościel i obuwie	54 700	—		**15**	70 431	61		**20**	
"	5	Książki	900	—			812	54			
"	7	Inwentarz żywy	1 500	—		**01**	1 229	80		**1**	
X	1	Podatki	1 620	—			1 447	75			
"	2	Opłaty	1 090	—		**01**	811	80		—	
X	1	Remont gmachów zewnętrzny	14 800	—		**0,4**	14 769	92		**4**	
"	7	Utrzymanie plantacji	3 000	—		**1 1/2**	2 998	51		**1**	
XIV	1	Żywność chorych	563 270	—	1	**59**	578 758	73	1	**61**	
"	2	Leki i środki opatrunkowe	118 350	—		**34**	154 151	75		**43**	
"	3	Posługi religijne	638	—		—	535	15		—	
"	5	Utrzymanie laboratorjów i gabinetów lekarskich	14 877	—		**4 1/2**	16 702	59		**5**	
"	6	" Ambulatorjum	3 437	—		**1 1/2**	3 429	72		**1**	
"	7	Wydatki różne	20 432	—		**6**	10 822	55		**3**	
		Dni preliminowanych 353 520	2 581 405	—	7	**30**	3 104 796	32	8	**67**	

Zestawił: *Intendent Ig. Fliederbaum.*